

**Stress, Ressourcen und Bewältigung  
der Bezügerinnen und Bezüger von Leistungen  
der Schweizerischen Invalidenversicherung**

Abhandlung  
zur Erlangung der Doktorwürde  
der Philosophischen Fakultät  
der Universität Zürich

vorgelegt von  
Sabine Deringer  
von Oberstammheim/ZH

Angenommen auf Antrag von  
Herrn Prof. Dr. François Stoll und Frau Prof. Dr. Ulrike Ehlert

Zürich 2005  
Zentralstelle der Studentenschaft



# Inhaltsverzeichnis

Dank

1	Einleitung .....	1
2	Theoretischer Hintergrund .....	4
2.1	Die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in Europa und den USA ...	4
2.1.1	Vorgehen der review .....	5
2.1.2	Forschungsstand über die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in Europa und den USA.....	5
2.1.3	Zugang zur Erfassung von Behinderung und Prävalenz von Menschen mit Behinderungen.....	9
2.1.4	Aspekte der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in Europa und den USA .....	13
2.1.4.1	Soziodemographische Merkmale von Menschen mit Behinderungen.....	14
2.1.4.2	Arbeit und Ausbildung .....	15
2.1.4.3	Finanzielle Situation.....	19
2.1.4.4	Wohnen und Mobilität.....	21
2.1.4.5	Soziales Netzwerk .....	23
2.1.4.6	Freizeit .....	27
2.1.4.7	Hilfebedarf und professionelle Hilfe .....	29
2.1.4.7.1	Hilfebedarf.....	30
2.1.4.7.2	Professionelle Hilfe.....	31
2.1.4.8	Selbstbestimmung.....	32
2.1.4.9	Diskriminierung.....	34
2.1.4.10	Allgemeiner Gesundheitszustand .....	35
2.1.4.11	Lebenszufriedenheit.....	36

2.2	Stress, Ressourcen und Bewältigung.....	38
2.2.1	Das Stress-Coping-Modell von Lazarus.....	39
2.2.2	Personale Ressourcen .....	43
2.2.3	Soziale Ressourcen .....	45
2.2.4	Formen der Bewältigung .....	47
2.2.5	Funktionen der Bewältigung.....	50
2.2.6	Effektivität von Bewältigung.....	51
2.2.6.1	Theoretische vs. empirische Effektivitätsbestimmung.....	52
2.2.6.2	Effektivitätskriterien.....	53
2.2.6.3	Forschungsdesigns.....	54
2.2.7	Dispositionelle, kontextuelle und integrative Konzepte der Bewältigung ..	55
2.2.8	Mediator- Effekte bei der Bewältigung von Behinderung:	
	Einige empirische Ergebnisse .....	57
2.3	Das Arbeitsmodell als zusammenfassender Ueberblick .....	59
2.4	Ziel und Fragestellung der Untersuchung.....	61
3	Methode.....	62
3.1	Anlage der Untersuchung.....	62
3.2	Entwicklung des Erhebungsinstrumentes .....	63
3.3	Pretest und Revision des Erhebungsinstrumentes.....	64
3.4	Ziehung der Stichprobe und Verlauf der Erhebung.....	64
3.5	Statistische Analysen .....	67
3.5.1	Aufbereitung der Daten.....	67
3.5.2	Bildung von Indikatoren und Skalenprüfung.....	68
3.5.3	Untersuchung des Mediationsmodells .....	69
3.6	Das Untersuchungsinstrument .....	74
4	Ergebnisse .....	85
4.1	Beschreibung der Stichprobe .....	85

4.1.1	Rücklauf.....	85
4.1.1.1	Zeitlicher Verlauf des Rücklaufes .....	85
4.1.1.2	Rücklaufquote.....	86
4.1.1.3	Erhebungsformen .....	86
4.1.2	Merkmale der Stichprobe .....	87
4.1.2.1	Leistungsart der IV .....	87
4.1.2.2	Beeinträchtigungen.....	88
4.1.2.3	Geschlecht .....	90
4.1.2.4	Alter.....	91
4.1.2.5	Nationalität .....	91
4.1.2.6	Wohnsituation.....	92
4.1.2.7	Sprachregion.....	93
4.2	Analyse der Messinstrumente .....	94
4.3	Mediationsmodell.....	97
4.3.1	Mediationsmodell Lebenszufriedenheit.....	98
4.3.1.1	Resultate zur ersten Bedingung.....	98
4.3.1.2	Resultate zur zweiten Bedingung .....	99
4.3.1.3	Resultate zur dritten Bedingung .....	101
4.3.1.4	Resultate zur vierten Bedingung .....	104
4.3.2	Mediationsmodell Psychische Gesundheit .....	111
4.3.2.1	Resultate zur ersten Bedingung.....	111
4.3.2.2	Resultate zur zweiten Bedingung .....	112
4.3.2.3	Resultate zur dritten Bedingung .....	112
4.3.2.4	Resultate zur vierten Bedingung .....	114
4.3.3	Mediationsmodell Selbstwert .....	123
4.3.3.1	Resultate zur ersten Bedingung.....	123
4.3.3.2	Resultate zur zweiten Bedingung .....	124

4.3.3.3	Resultate zur dritten Bedingung .....	124
4.3.3.4	Resultate zur vierten Bedingung .....	126
5	Diskussion und Ausblick .....	132
5.1	Rückblick auf Ausgangslage und Fragestellung .....	132
5.2	Stichprobe und Methode .....	133
5.3	Bewältigung als Mediator .....	135
5.4	Praktische Relevanz .....	143
5.5	Einschränkungen der Studie und weiterführende Fragen .....	147
6	Zusammenfassung .....	149
7	Literaturverzeichnis .....	152
8	Anhang .....	162
8.1	Studien zur Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen .....	162
8.2	Interkorrelationen der Variablen des Umwelt- und Person-Systems und der Kriterienvariablen .....	165
8.3	Resultate zur dritten Bedingung .....	168
8.3.1	Mediationsmodell Lebenszufriedenheit .....	168
8.3.2	Mediationsmodell Psychische Gesundheit .....	178
8.3.3	Mediationsmodell Selbstwert .....	187

## **Dank**

Mein Dank gilt vor allem Herrn Prof. Dr. F. Stoll für die Betreuung und Frau Prof. Dr. U. Ehlert für die Begutachtung der Arbeit. Besonders danken möchte ich dem Schweizerischen Nationalfonds für seine langjährige finanzielle Unterstützung der Studie „Menschen mit Behinderungen in der Schweiz: Die Lebenslage der Bezügerinnen und Bezüger der Schweizerischen Invalidenversicherung“, die in der vorliegenden Dissertation als Datenbasis diente, dem Projektantragsteller der Nationalfondstudie, Herrn Prof. Dr. D. Gredig, und den Studienteilnehmern/Studienteilnehmerinnen, ohne die die vorliegende Arbeit nicht möglich gewesen wäre. Für die Korrektur der Arbeit möchte ich mich bei Frau I. Hedrich bedanken und für die motivierende Unterstützung bei Hans Jakob.





# 1. Einleitung

In den letzten Jahren hat sich das Verständnis von Krankheit und Gesundheit gewandelt, vom biomedizinischen Paradigma hin zu einer biopsychosozialen Konzeption. Die *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vom Jahre 2001 bringt diesen Wandel zum Ausdruck (WHO, 2001). Sie basiert auf einer mehrdimensionalen Perspektive, um Funktionsfähigkeit und Behinderung als einen interaktiven Prozess zu erfassen. In diesem interaktionistischen Modell werden Funktionsfähigkeit und Behinderung in den Dimensionen Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation in einem Wechselspiel mit Kontextfaktoren klassifiziert. Unter Kontextfaktoren werden Umweltfaktoren (z.B. Unterstützung und Beziehungen, Dienste und Leistungen) und Personenfaktoren (z.B. Geschlecht, Alter, Bildung, Beruf) gefasst. Diese beiden Faktoren haben einen Einfluss auf die Umsetzung von spezifischen Körperfunktionen und -strukturen in Aktivitäten und schliesslich auf den Einbezug einer Person mit Behinderung in das soziale und gesellschaftliche Leben. Behinderung ist somit gekennzeichnet als das Ergebnis oder die Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Gesundheitsproblem eines Individuums und seinen person- und umweltbezogenen Faktoren.

Auffällig ist aber, dass bei dieser Konzeption von Behinderung die Belastungen und Bewältigungen von Menschen mit Behinderungen nicht berücksichtigt werden.

Hier setzt die vorliegende Studie an. Sie orientiert sich am transaktionalen Stressmodell von Lazarus (R. S. Lazarus & Folkman, 1984). Ausgangspunkt dieses Modells ist das Postulat, dass Stress aus einer bestimmten Beziehung zwischen Person und Umwelt entsteht, aus welcher beide verändert hervorgehen. D.h. Stress ist weder der Umwelt noch der Person allein inhärent, sondern widerspiegelt eine Verbindung zwischen einer sich verändernden Situation und einer denkenden, fühlenden und handelnden Person. Die kognitive Einschätzung von Stress wird somit zum zentralen Bestimmungsstück von Stress, wobei bei diesem Einschätzungsprozess personale Ressourcen aktiviert werden. Zwei kognitive Prozesse werden dabei gleichzeitig in Gang gesetzt: Die persönliche Ereignisseinschätzung (primäre Bewertung), welche Urteile darüber beinhaltet, ob eine gegebene Situation relevant oder irrelevant, günstig oder ungünstig ist, und die Ressourceneinschätzung (sekundäre Bewertung), bei welcher die betroffene Person persönliche Ressourcen, Umweltressourcen und Optionen im Hinblick auf die Bewältigung der Situation evaluiert. Die resultierende Bewältigung kann aufgrund ihrer

Funktion unterschieden werden: Die problemzentrierte Bewältigung ist auf die Auseinandersetzung mit den stressauslösenden Bedingungen gerichtet, während die emotionszentrierte Bewältigung versucht, die begleitenden Emotionen zu regulieren. Lazarus und Folkman (1984) vertreten den Standpunkt, dass die Unterschiede in den individuellen Copingbemühungen dafür verantwortlich sind, ob und in welchem Mass eine Belastungssituation Folgen für das Individuum hat und wie diese aussehen. Für Folkman und Lazarus (1985; 1988) hängt auch die Zufriedenheit mit der Situation, die auf die Belastung folgt, direkt von der Bewältigung ab. Die Bewältigung ist also ein zentraler Vermittler in der Beziehung zwischen einer belastenden Person-Umwelt-Beziehung und den unmittelbaren und langfristigen Auswirkungen derselben (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986).

Aus den wenigen bisher durchgeführten Studien zur Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen wird ersichtlich, dass Menschen mit Behinderungen mit grossen Belastungen wie z.B. Arbeitslosigkeit, geringem Einkommen, sozialer Isolation, Abhängigkeit von Hilfeleistungen und stigmatisierenden Erfahrungen konfrontiert sind, welche sie in ihrer individuellen Art und Weise bearbeiten müssen. Diese Stressbewältigung scheint nicht immer erfolgreich zu verlaufen. Zahlreiche Studien belegen, dass emotionale Störungen wie Depression und Angst häufig sekundär als Konsequenz von einer Behinderung eintreten (Eiermann, Häussler, & Helfferich, 2000; Forrester, Lipsey, Teitelbaum, DePaulo, & Andrejewsky, 1992; Häussler, Wacker, & Wetzler, 1996; Holahan, Holahan, Moos, & Brennan, 1995; Wacker, Wetzler, Metzler, & Hornung, 1998). Zudem kommt es aufgrund von Veränderungen des physischen Aussehens, dem Verlust von Autonomie, Kontrolle und sozialen Aufgaben und der Einschränkung der physischen Funktionsfähigkeit oft zu einer Beeinträchtigung des Selbstwertes (Contrada, Leventhal, & Anderson, 1994; F. Muthny, Koch, & Stump, 1993; G. Ziegler, 1990). In diesem Zusammenhang zu nennen sind auch Anpassungsstörungen wie das chronische Krankheitsverhalten (Zielke & Sturm, 1994) und die resignative Lebensbilanz (Reschke, 2001), die häufig bei einer Behinderung mit körperlichen und psychosozialen Folgen, Berentung und damit mit einem gravierenden Wechsel in den dominierenden Tätigkeitsformen eines Menschen auftreten.

Diese Gedanken führen zum Ziel der Studie, jenen Determinanten auf die Spur zu kommen, die das Stressgeschehen bei Menschen mit Behinderungen beeinflussen. Im speziellen wird untersucht, ob die Sicht der Copingtheorie zutrifft, nach welcher die Bewältigung ein zentraler Vermittler ist in der Beziehung zwischen einer belastenden Person-Umwelt-Beziehung und den unmittelbaren und langfristigen Auswirkungen derselben.

In dieser Arbeit wird daher folgende Fragestellung bearbeitet:

Wird die Beziehung zwischen dem Umwelt- und Person-System der Menschen mit Behinderung und den Kriterien des Bewältigungserfolgs wie psychische Gesundheit, Lebenszufriedenheit und Aufrechterhaltung eines positiven Selbstwertgefühls durch Coping vermittelt, d.h. üben die Copingreaktionen eine Mediatorwirkung aus?

Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind von praktischer Relevanz, weil bei genauer Kenntnis über die Determinanten, die das Stressgeschehen von Menschen mit Behinderungen beeinflussen, gezielte Massnahmen abgeleitet werden können. Insbesondere die Identifikation effektiver Bewältigungsstrategien im Umgang mit einer Behinderung ist für die Beratung von Menschen mit Behinderungen und für die Planung z.B. verhaltenstherapeutischer Interventionen von zentraler Bedeutung (Heim, 1998; F. A. Muthny & Broda, 1999). Denn durch ein besseres Verständnis des Verarbeitungsgeschehens von Belastungen und durch die Erweiterung des Wissens über förderliche Bewältigungsstrategien lassen sich langfristig spezifischere und damit effektivere Interventionen entwickeln (F.A. Muthny, 1990)

Das verwendete Datenmaterial stammt aus der Querschnittsstudie „Menschen mit Behinderungen: Die Lebenslage der Bezügerinnen und Bezüger von Leistungen der Schweizerischen Invalidenversicherung“, die an der Forschungsabteilung der Fachhochschule Aargau im Departement Soziale Arbeit vom Januar 2002 bis Juni 2004 durchgeführt wurde. Durch meine Mitarbeit an diesem Nationalfondprojekt wurde ich mit dem Datenmaterial vertraut.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in fünf Teile. Nach dieser Einleitung wird im *zweiten Teil* der Arbeit ein ausführlicher theoretischer Rahmen aufgespannt. Zum besseren Verständnis der Belastungen und Bewältigung von Menschen mit Behinderungen werden in einem ersten Schritt Ergebnisse einer review von 15 Studien zur Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen zusammengefasst und anschliessend wichtige Theorien der Stress-, Bewältigungs- und Ressourcenforschung mit empirischen Ergebnissen referiert. Abgeschlossen wird der theoretische Teil mit dem für die Untersuchung entwickelten Arbeitsmodell und der herausgearbeiteten Fragestellung und Hypothese.

Im *dritten Teil* der Arbeit geht es um die Methode wie Anlage der Untersuchung, Entwicklung des Erhebungsinstrumentes, Ziehung der Stichprobe und angewandte statistische Analysen. Zudem wird die Operationalisierung der einzelnen Fragen und Konstrukte offengelegt. Die Ergebnisse werden im *vierten Teil* der Arbeit dargestellt und diskutiert. Dabei wird zu

Beginn die Stichprobe, der Rücklauf der Fragebogen und die Ergebnisse zur Analyse der Messinstrumente beschrieben. Anschliessend folgen die Ergebnisse zu den drei geprüften Mediationsmodellen.

Abgeschlossen wird die Arbeit im *fünften Teil* mit einer kritischen Diskussion des Vorgehens dieser Studie, der Ergebnisse, der praktischen Relevanz und der Einschränkungen der Untersuchung.

## **2. Theoretischer Hintergrund**

In diesem Teil der vorliegenden Arbeit werden in einem ersten Schritt die Ergebnisse einer review von 15 Studien zur Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in Europa und den USA berichtet (Kapitel 2.1). Das Ziel dieses Kapitels ist es, Belastungen aufzuzeigen, die Menschen mit Behinderungen tagtäglich bewältigen müssen. Das Kapitel 2.2 liefert anschliessend wichtige Theorien der Stress-, Bewältigungs- und Ressourcenforschung mit empirischen Ergebnissen. Das Arbeitsmodell fasst die gewonnenen Erkenntnisse im Kapitel 2.3 als Uebersicht zusammen. Abgeschlossen wird der theoretische Teil der Arbeit mit der für die aktuelle Studie herausgearbeiteten Fragestellung und Hypothese (Kapitel 2.4).

### **2.1 Die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in Europa und den USA**

Bevor die Ergebnisse zu den einzelnen Aspekten der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in Europa und den USA dargestellt werden (Kapitel 2.1.4), ist es notwendig, das Vorgehen dieser review zu erläutern (Kapitel 2.1.1), auf den Forschungsstand zur Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen einzugehen (Kapitel 2.1.2) und die verschiedenen Zugänge zur Erfassung von Behinderung und ihren Einfluss auf die Prävalenz von Menschen mit Behinderungen aufzuzeigen (Kapitel 2.1.3).

### **2.1.1. Vorgehen der review**

Diese review bezieht 15 Studien aus Europa und den USA ein. Sie wurden durch Recherchen in den Datenbanken „Sociological Abstracts“, „PsycInfo“, „Psyndex“, „Nebis“ und Internet identifiziert.

Auswahlkriterium für die einzubeziehenden Studien war, dass sie mehrere Aspekte der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen untersuchten. Die ausgewählten Studien wurden in zwei Schritten aufgearbeitet: Zunächst wurden sie systematisch auf methodische und inhaltliche Aspekte analysiert. Sodann wurden die Ergebnisse zu den untersuchten Aspekten der Lebenssituation herausgearbeitet und kritisch diskutiert.

### **2.1.2 Forschungsstand über die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in Europa und den USA**

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass Menschen mit Behinderungen in der wissenschaftlichen Forschung eine untergeordnete Rolle spielen. Zwar können in verschiedenen europäischen Ländern und in den USA Bemühungen ausgemacht werden, statistische Informationen bereitzustellen. Diese enthalten aber v.a. allgemeine Informationen wie Prävalenzzahlen, Ursache der Beeinträchtigung und Alters- und Geschlechtsverteilungen.

Zu erwähnen sind das «Bureau of the Census», das «National Institute on Disability and Rehabilitation Research» in den USA und das «Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations» in Frankreich. Die Erhebungen der internationalen Organisationen wie UNO, WHO gehen ebenfalls nicht über diese allgemeinen Informationen hinaus.

Daneben existieren viele Studien zu einzelnen Aspekten der Lebenssituation von Menschen mit bestimmten Behinderungen oder Untersuchungen, die eher den Charakter explorativer Studien besitzen und nicht für den gesamten Personenkreis aussagekräftig sind.

Was v.a. fehlt, sind breite Erfassungen der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen, die in privaten Haushalten oder Heimen leben.

In der vorliegenden Arbeit fließen die Ergebnisse von insgesamt 15 umfassenderen Studien über Menschen mit Behinderungen ein. Sie sind nachstehend und im Anhang (Kapitel 8.1) nach den Kriterien Land, Methode und Stichprobe/Definition von Behinderung zusammenfassend dargestellt.

- Land

Zwei der 15 Studien liefern Ergebnisse über die Situation von Menschen mit Behinderungen in den EU-Staaten, zwei Studien stammen aus den USA, je eine aus der Schweiz, England, Oesterreich, Italien und Dänemark und sechs aus Deutschland. Sie wurden alle ausser der Studie von Harris (1971) in England zwischen 1987 und 2003 durchgeführt.

- Methode

Sieben Studien benutzten ein quantitatives Design, wobei die standardisierten Fragen den Betroffenen postalisch, mittels Telefoninterview oder direkten Kontakt gestellt wurden. Die Stichprobengrössen variieren zwischen 250 Personen (Bengtsson, 1999) und 13 000 Personen (A. M. Harris, 1971). Die Auswahl der Stichprobe ist bei allen Studien gut dokumentiert und repräsentativ. Auffällig ist, dass keine quantitative Erhebung auf einem theoretischen Konzept basiert und über deskriptive Auswertungen und Gruppenvergleiche hinausgeht. Damit wurden die sich in quantitativen Erhebungen ergebenden Möglichkeiten, kausale Modelle zu überprüfen, nicht genutzt.

Die englische Studie von Harris (1971) an 13 000 Menschen mit Behinderungen, die in Privathaushalten leben, kann als umfangreichste Studie angesehen werden. In einem ersten Schritt wurden 250 000 Personen auf schriftlichem Wege mit Hilfe eines kurzen Fragebogens gefiltert. In einem zweiten Schritt erfolgte bei den 13 000 als potentiell beeinträchtigt erkannten Zielpersonen eine face to face Befragung. Obwohl die Untersuchungsergebnisse über 30 Jahre zurückliegen und deswegen auf aktuelle demographische Entwicklungen „übersetzt“ werden müssen, können aus ihnen auch heute noch Hinweise auf die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen gewonnen werden.

Vier Studien benutzten ein qualitatives Design, wobei vor allem halbstrukturierte Interviews durchgeführt wurden. Die Stichprobengrössen variieren zwischen 22 Personen (Seifert, 1997) und 353 Personen (Häussler, Wacker et al. 1996). Bei Wacker et al. (1998) und Häussler et al. (1996) bildete das Independent-Living-Konzept den theoretischen Rahmen ihrer Untersuchungen, bei Seifert (1997) das Konzept der Lebensqualität. Ausser bei Seifert (1997) wurden keine Angaben zur Auswertungsmethode der Interviews und zu den Aspekten der Validität gemacht.

Vier Studien wählten eine Kombination von quantitativen und qualitativen Methoden (During, 2001; Eiermann et al., 2000; Gredig, Deringer, Hirtz, Page, & Zwicky, 2005; Klicpe-

ra, Gasteiger-Klicpera, & Innerhofer, 1995).

Die Studie von During (2001) an Menschen mit Behinderungen, die einen Vormund haben, kann insofern als vorbildlich gelten, als sie an ein theoretisches Konzept anschliesst. Vor dem Hintergrund des Lebenslagekonzeptes von Hradil (1987) wurden in einem ersten Schritt mittels Sekundäranalysen früherer Untersuchungen relevante Dimensionen der Lebenslage der Betroffenen ermittelt. Anschliessend wurden mit einer Stichprobe von 14 Personen narrative Interviews durchgeführt, um Zusammenhänge zwischen Lebensereignissen und dem Verlust von Handlungskompetenz sowie der Erfahrung von Prozessierung zu rekonstruieren.

Aehnlich angelegt ist die Studie von Eiermann et al. (2000). In einem ersten Schritt wurden 987 Frauen mit körperlichen Beeinträchtigungen oder Sinnesbeeinträchtigungen schriftlich zu ihrer Lebenssituation befragt. Die anschliessende qualitativ-biographische Nachbefragung von 60 Frauen hatte zum Ziel, die Bedeutung der Behinderung nach Lebensphasen zu klären und die Kompetenzen der Bewältigung des Lebens mit einer Behinderung zu erfassen.

Bei beiden Studien sind die Auswertungsmethoden klar dargelegt und werden Fragen zur Validität kritisch diskutiert.

Zweistufig angelegt und am Konzept der Lebenslage von Hradil (1987) orientiert war auch die Studie Gredig et al. (2005). In einer ersten Phase wurden mittels Interviews mit Betroffenen und Experten/Expertinnen die subjektiv relevanten Dimensionen der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen entwickelt. Auf der Basis der Ergebnisse dieser qualitativen Vorstudie wurde in einer zweiten Phase ein schriftlicher Fragebogen entwickelt und erstmalig bei 2008 Bezüger/innen von Leistungen der Invalidenversicherung angewendet. Von diesen 2008 Personen bezogen 62% eine IV-Rente und 38% individuelle Massnahmen wie z.B. Hilfsmittel oder berufliche Massnahmen.

- Stichprobe/Definition von Behinderung

Die Mehrheit der aufgearbeiteten 15 Studien bezieht sich auf Menschen mit Behinderungen, die in Privathaushalten leben und sich im Erwerbsalter befinden. Sie wurden v.a. persönlich befragt. Bei Kommunikationsproblemen wurden bei drei Studien Angehörige miteinbezogen (Gredig et al., 2005; A. M. Harris, 1971; L. Harris, 1994). Bei Bernard und Horvaka (1992), Eiermann et al. (2000) und Gredig et al. (2005) wurden die Ergebnisse mit Meinungen von Experten/Expertinnen ergänzt.

Nur vier Studien untersuchten Menschen mit Behinderungen, die in Heimen wohnen. In diesen Fällen wurden entweder nur die Betreuer/innen befragt (Seifert, 1997) oder bei einzelnen

Aspekten wurde auch die subjektive Sichtweise der Betroffenen miteinbezogen (Gredig et al., 2005; Klicpera et al., 1995; Wacker et al., 1998)

Einen grossen Einfluss auf die Ergebnisse einer Studie über Menschen mit Behinderungen hat die gewählte Definition von Behinderung. Wie aus dem Anhang (Kapitel 8.1) ersichtlich wird, liegt jeder Studie eine andere Definition von Behinderung zugrunde. Zusammenfassend kann aber doch gesagt werden, dass nur die Menschen in die Stichprobe aufgenommen wurden, die entweder von einer Störung von Körperstrukturen und Körperfunktionen betroffen und/oder in ihren täglichen Aktivitäten eingeschränkt waren. Damit bezogen sich die Studien auf eine oder mehrere Dimensionen (Dimension des Körpers, der Aktivität, der Partizipation) der von der WHO (1980; 2001) vorgelegten Konzeption von Behinderung (siehe dazu Kapitel 2.1.3: Zugang zur Erfassung von Behinderung und Prävalenz von Menschen mit Behinderungen in Europa und den USA).

Welche Aspekte der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen wurden untersucht, und wie oft findet man Angaben zur Bewältigung?

Bei den Personen mit Behinderungen, die in Privathaushalten wohnen, wurden bei den meisten Studien die soziodemographischen Merkmale wie Alter, Geschlecht und Zivilstand erhoben. Weiter findet man Ergebnisse zur Arbeitssituation, zur Bildung, zu den Finanzen, zum Wohnen, zum sozialen Netzwerk, zur Freizeit und zum Hilfebedarf. Selten wurden der allgemeine Gesundheitszustand, Diskriminierung, Bewältigung und Lebenszufriedenheit untersucht. Bei Heimbewohnern/Heimbewohnerinnen findet man oft Angaben zur Wohnsituation, zum sozialen Netzwerk, zur Freizeit und zum Hilfebedarf, selten Ergebnisse zur Diskriminierung und Lebenszufriedenheit und gar keine Resultate zur Bewältigung.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen ein bislang von der Forschung weitgehend vernachlässigtes Thema ist. Die review von 15 umfassenderen Studien aus Europa und den USA konnte einige methodische und inhaltliche Mängel aufdecken:

Als eines der grössten Probleme in der Forschung über die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen müssen die unterschiedlichen Definitionen von Behinderung angesehen werden, die einen Vergleich zwischen den Studien oft verunmöglichen. Zwar gehen die 15 gesichteten Studien meistens von der Definition der WHO (für die neueste Version vgl. WHO (2001)) aus. Die operationale Umsetzung dieser Grunddefinition führt aber in der Regel zu



unterschiedlichen Abgrenzungen von Menschen mit Behinderungen. Eine einheitliche operationale Definition, die auf alle Länder und Situationen passt, ist offensichtlich nur schwer zu finden, weil in jedem Land eigene demographische und kulturelle Kräfte eine Behinderung hervorbringen und Behinderung u.a. sozial konstruiert ist.

Auffällig ist weiter, dass keine der sieben quantitativen Studien auf einem theoretischen Konzept basiert und bei den vier qualitativen Studien mehrheitlich Angaben zu den Auswertungsmethoden und zu den Aspekten der Validität fehlen.

Als vorbildlich können nur vier Studien gelten, die eine Kombination von quantitativen und qualitativen Methoden wählten und somit der Komplexität der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen am ehesten gerecht wurden (During, 2001; Eiermann et al., 2000; Gredig et al., 2005; Klicpera et al., 1995).

In Bezug auf die gewählte Zielgruppe von Menschen mit Behinderungen sind Menschen mit schweren Beeinträchtigungen wie z. B. mit Kommunikationsstörungen deutlich unterrepräsentiert, und Studien, die Heimbewohner/innen direkt befragen, sind eine Seltenheit.

Hinsichtlich der inhaltlichen Aspekte fällt auf, dass die Bewältigung bei Menschen mit Behinderungen selten untersucht wurde.

### ***2.1.3 Zugang zur Erfassung von Behinderung und Prävalenz von Menschen mit Behinderungen in Europa und den USA***

Die von der World Health Organisation WHO (1980; 2001) vorgelegten Konzeptionen von Behinderung berücksichtigen die Bedeutung einer physischen oder psychischen Schädigung des Individuums, beziehen jedoch auch die soziale Bedingtheit von Einschränkungen, die sich für die betroffene Person hieraus ergeben, in die Definitionen mit ein. Damit nimmt die WHO eine vermittelnde Stellung ein zwischen eng an medizinischen Kategorien orientierten Definitionen, welche Behinderung in erster Linie als objektiv feststellbare „Defizite“ eines Individuums sehen, und Ansätzen, nach denen sie erst in der sozialen Interaktion entsteht.

In der Konzeption der WHO vom Jahre 2001 wird Behinderung als jede Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit einer Person angesehen. „Funktionsfähigkeit“ ist dabei ein mehrdimensionaler Begriff, der über den (bio-)medizinischen Ansatz hinausgeht und auch soziale Aspekte

umfasst (bio-psycho-sozialer Aspekt). Er kann unter den folgenden drei Aspekten betrachtet werden:

1. *Dimension des Körpers*

Darunter werden Körperfunktionen (physiologische oder psychische Funktionen von Körpersystemen) und Körperstrukturen (anatomische Teile des Körpers) gezählt. Mögliche Beeinträchtigungen auf dieser Dimension heissen *Schädigungen* (engl. impairments).

2. *Dimension der Aktivität*

Das Aktivitätskonzept wird dadurch begründet, dass zu handeln, aktiv zu sein, zu arbeiten, zu spielen, die Aufgaben und Arbeiten des täglichen Lebens zu erfüllen zu den zentralen Eigenschaften menschlichen Daseins gehört.

Beeinträchtigungen auf dieser Dimension werden *Aktivitätsstörungen oder Leistungseinschränkungen* genannt (in der WHO Konzeption vom Jahre 1980 wurde noch der defizitorientierte Begriff „Nichtfähigkeit“ (engl. disability) verwendet).

3. *Dimension der Partizipation*

Das Partizipationskonzept beinhaltet die Teilnahme einer Person an Lebensbereichen vor dem Hintergrund ihrer körperlichen, geistigen und seelischen Verfassung, ihrer Körperfunktionen und -strukturen, ihrer Aktivitäten und ihrer Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren).

Störungen auf dieser Dimension werden *Beeinträchtigung der Partizipation* genannt (mit dem Begriff Partizipation hat die in der WHO Konzeption vom Jahre 1980 verwendete negative Begrifflichkeit „handicap“ nun eine klare integrative Zielsetzung erfahren).

Nach Fujiura und Rutkowski (2001) beziehen sich die meisten Studien zur Erfassung von Behinderung auf die ersten beiden Dimensionen der von der WHO (1980; 2001) vorgelegten Konzeptionen von Behinderung.

Die *Dimension des Körpers* (Schädigungen) wird vor allem in den Entwicklungsländern zur Definition von Behinderung verwendet, die *Dimension der Aktivität* (Aktivitätsstörungen) in den industrialisierten Ländern. Dabei wird zwischen „Activities of Daily Living“ (ADL) und „Instrumental Activities of Daily Living“ (IADL) unterschieden (Häussler, Wacker et al. 1996).

In Bezug auf ADL hat sich weltweit ein gewisser Konsens hinsichtlich der zu berücksichtigenden Tätigkeiten herausgebildet, der insbesondere die folgenden Aktivitäten umfasst: Wa-

schen, Baden/Duschen, Anziehen, Essen und Toilettenbenutzung.

Uneinheitlicher geblieben ist der Katalog der IADL, wobei Einkaufen und Mahlzeitenzubereitung fast immer erfragt werden, aber auch Tätigkeiten wie Telefonieren, Medikamenteneinnahme oder die Erledigung finanzieller Angelegenheiten.

Mit dem Zugang über die *Dimension der Aktivität*, d.h. über die Befragung der Aktivitätsstörungen, werden Prävalenzzahlen zwischen 13% und 19% berichtet, beim Zugang über die *Dimension des Körpers*, d.h. über die Befragung der Schädigungen, sind die Prävalenzzahlen deutlich tiefer (Fujiura & Rutkowski, 2001).

Ueber die Prävalenz von Menschen mit Behinderungen, die in Privathaushalten leben, liegen in der EU zwei Datenquellen vor. Einerseits Länderstudien nationaler Experten, die vor allem auf Gesundheitsbefragungen, Haushaltsbefragungen und Arbeitskräfteerhebungen basieren (Van Lin, Prins, & Zwinkels, 2000), sowie eine separate Monographie, die die Prävalenz von Menschen mit Behinderungen mit Hilfe von Daten des „European Community Household Panel“ (ECHP) erfasste (Eurostat, 2001).

In den einzelnen Länderstudien wurde unterschiedlich definiert, welche Personen als „behindert“ gelten und einbezogen werden. In den einen Studien werden nur Menschen mit bestimmten „Arten von Schädigungen“ berücksichtigt, andere operationalisieren Behinderung über Funktions- und Aktivitätseinschränkung generell, und wieder andere stellen auf Selbsteinschätzungen bezüglich Behinderung ab (Van Lin et al., 2000), S. 13–15).

Das ECHP enthält mehrere Fragen zum Gesundheitszustand; als „behindert“ gelten alle Personen, die angeben, durch ihren Gesundheitszustand bei täglichen Verrichtungen beeinträchtigt zu sein. Es wird betont, dass diese Definition nicht identisch ist mit der Definition der WHO. Die ECHP Stichprobe erreicht 60 000 Haushalte mit 130 000 Erwachsenen zwischen 16 und 64 Jahren.

Die Daten des ECHP von 1996 zeigen, dass rund 14 % der gesamten EU-Berufsbevölkerung in diesem Sinne als behindert zu gelten haben; dies entspricht einer Zahl von rund 26 Millionen Menschen im erwerbsfähigen Alter. Dabei fallen substantielle Unterschiede zwischen den Ländern auf: Den ECHP-Daten zufolge ist der Anteil von Menschen mit Behinderungen in Italien und Griechenland vergleichsweise gering (kleiner als 10%). Den höchsten Anteilswert weist Finnland (23%) auf, gefolgt von England, den Niederlanden und Portugal.

Die internationalen Unterschiede dürften gemäss Eurostat (2001) durch unterschiedliche Übersetzungen der ECHP-Originalfrage und durch unterschiedliche Stichprobengrössen pro Land entstanden sein. Denkbar ist aber auch, dass kulturelle Differenzen wie z. B. unterschiedliche Institutionslandschaften zu den verschiedenen Prävalenzzahlen führten. Die in den Niederlanden im Vergleich zu Italien höhere Prävalenz von Menschen mit Behinderungen, die in Privathaushalten leben, könnte dadurch entstanden sein, dass in den Niederlanden wegen einem gut ausgebauten Assistenzsystem Menschen mit Behinderungen vermehrt in Privathaushalten und nicht in Institutionen leben.

Es ergaben sich mitunter erhebliche Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Länderstudien nationaler Experten und den ECHP-Ergebnissen (siehe Tabelle 1). Dabei fällt vor allem auf, dass die Prävalenzzahlen des ECHP (ausser bei Oesterreich und Belgien) substanziell höher sind als bei den nationalen Erhebungen. Diese Unterschiede lassen sich primär damit erklären, dass die einzelnen Erhebungen von unterschiedlichen Definitionen von Behinderung ausgingen.

Tab. 1: Prävalenz der Personen mit Behinderungen in der EU, basierend auf Länderstudien nationaler Experten (surveys) und ECHP (Van Lin et al., 2000) (S. 26)

	A	B	DK	FIN	F	D	EL	IRL	I	L	NL	P	E	S	UK
Surveys	29.0	17.0	7.0	5.0	3.1	6.9	2.2	x	1.6	8.0	16.4	x	5.8	17.1	18.8
ECHP	12.5	12.9	17.4	22.9	15.3	17.3	8.2	10.9	7.8	16.5	18.6	18.4	9.9	x	18.8

x=missing

Zu betonen ist, dass in den Stichproben der oben zitierten Studien Personen über 65 Jahre und Menschen mit Behinderungen, die in Institutionen leben, nicht eingeschlossen sind. Würde man auch diese Gruppen miteinbeziehen, müsste von einer wesentlich höheren Anzahl von Menschen mit Behinderungen ausgegangen werden.

Welche Prävalenzen von Menschen mit Behinderungen werden in der Schweiz und in den USA berichtet?

In einem Artikel des Brückenbauer (26.3.2002, S. 15) wird unter Bezugnahme auf Pro Infirmis davon ausgegangen, dass in der Schweiz 10% der Personen mit einer Beeinträchtigung leben. Dabei wird explizit darauf hingewiesen, dass „Altersgebrechen“ hier mit eingeschlossen sind. Nach den Ergebnissen der Gesundheitsbefragung (Bundesamt für Statistik, 2000) sind 17% Personen (15 Jahre und älter) seit mindestens einem Jahr aus körperlichen oder psychischen Gründen in den Alltagsaktivitäten eingeschränkt.

In den USA basiert die Prävalenz von Menschen mit Behinderungen auf einer vom U.S. Census Bureau im Jahre 1997 durchgeführten Haushaltsbefragung (McNeil, 1997). Die Stichprobe umfasste 32 000 Haushalte (15 Jahre und älter). Zur Erfassung der Personen mit Behinderungen wurden mehrere Kriterien formuliert. Es wurden sowohl Funktionsstörungen als auch ADLs und IADLs erfragt. Zusätzlich wurden Kriterien für eine schwere Beeinträchtigung definiert. Obwohl auch Personen über 65 Jahre berücksichtigt wurden, erwiesen sich im Vergleich zu den ECHP-Daten aus Europa nur unwesentlich mehr, nämlich 20% der Bevölkerung als beeinträchtigt, 12 % als schwer beeinträchtigt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich bezüglich Zugang zur Erfassung von Behinderung ein sehr uneinheitliches Bild zeigt. Obwohl sich viele Studien auf die von der WHO (1980; 2001) vorgelegte Konzeption von Behinderung stützen, wird Behinderung sehr unterschiedlich definiert. Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, dass Prävalenzzahlen zwischen 1.6% (Italien) und 29% (Oesterreich) genannt werden.

Wegen der unterschiedlichen Definition von Behinderung können die in den folgenden Kapiteln dargestellten Ergebnisse einzelner Studien zur Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen oft nicht direkt miteinander verglichen werden.

#### **2.1.4    *Aspekte der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in Europa und den USA.***

In diesem Kapitel wird zuerst über die soziodemographischen Merkmale von Menschen mit Behinderungen berichtet (Kapitel 2.1.4.1). Dann folgen Ergebnisse zu den einzelnen Aspekten der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen wie Arbeit und Ausbildung (Kapitel 2.1.4.2), Finanzen (Kapitel 2.1.4.3), Wohnen und Mobilität (Kapitel 2.1.4.4), soziales Netzwerk (Kapitel 2.1.4.5), Freizeit (Kapitel 2.1.4.6), Hilfebedarf und professionelle Hilfe (Kapitel 2.1.4.7), Selbstbestimmung (Kapitel 2.1.4.8), Diskriminierung (Kapitel 2.1.4.9), allgemeiner Gesundheitszustand (Kapitel 2.1.4.10) und Lebenszufriedenheit (Kapitel 2.1.4.11). Bei der Präsentation der Ergebnisse wird durchgehend zwischen den Menschen mit Behinderungen, die in Privathaushalten und solchen, die in Heimen leben, differenziert.

#### **2.1.4.1 Soziodemographische Merkmale von Menschen mit Behinderungen**

Die im folgenden dargelegten Ergebnisse zu den soziodemographischen Merkmalen von Menschen mit Behinderungen beziehen sich nur auf Menschen mit Behinderungen, die in Privathaushalten leben. Ueber Heimbewohner/innen wurden dazu keine Daten gefunden.

- **Behinderung und Lebensalter**

Behinderungen nehmen mit dem Lebensalter zu: Währenddem bei den 20-34 -jährigen Personen Eu-weit durchschnittlich 7% eine Behinderung haben, sind es bei den 35-49 -jährigen schon 12% und bei den 50-65 -jährigen 27% (Eurostat, 2001). Menschen mit Behinderungen sind somit in älteren Kohorten relativ häufiger als in jüngeren Kohorten; ein Befund, der insbesondere für Deutschland, Griechenland, Italien und Spanien gilt (Van Lin et al., 2000). Die gleichen Ergebnisse werden aus der Schweiz und den USA berichtet (Gredig et al., 2005; McNeil, 1997).

Das hohe Durchschnittsalter von Menschen mit Behinderungen dürfte primär damit zu erklären sein, dass sich der Gesundheitszustand vieler Menschen im Laufe des Lebens sukzessive verschlechtert. Des weiteren ergeben sich viele Beeinträchtigungen, die zu einer Behinderung werden können, im Laufe des Lebens. Zudem dürfte auch der Umstand eine Rolle spielen, dass die heute jüngeren Altersgruppen bessere Arbeitsbedingungen und eine umfassendere Gesundheitsvorsorge sowie umfangreichere und qualifiziertere Rehabilitationsmassnahmen haben als die ältere Generation.

- **Behinderung und Geschlecht**

Nationale Daten der EU-Länder legen den Schluss nahe, dass es hinsichtlich des Behinderungsrisikos in der Mehrheit der Mitgliedstaaten allenfalls geringfügige geschlechtsspezifische Unterschiede gibt. Während der Anteil von Frauen mit Behinderungen in Dänemark und den Niederlanden relativ hoch ist, weisen Frankreich, Griechenland und Spanien einen substantiell höheren Männeranteil unter den Menschen mit Behinderungen auf (Van Lin et al., 2000). Gemäss den Daten des ECHP ist die Wahrscheinlichkeit einer Behinderung in der gesamten EU für Frauen geringfügig höher als für Männer (15% vs. 14%). Dieses Ergebnis wird in den USA bestätigt (McNeil, 1997).

- Behinderung und Zivilstand

Den ECHP-Daten zufolge sind von den Personen mit schweren Beeinträchtigungen zwischen 30 und 64 Jahren 67% verheiratet, von den Personen mit leichten Beeinträchtigungen 73% und von den Personen ohne Beeinträchtigungen 78% (Eurostat, 2001). Ähnliche Tendenzen werden aus den USA berichtet (McNeil, 1997).

Bezüglich der Geschlechtsunterschiede wurde bei Häussler et al. (1996) und Schildmann (1984) zudem gefunden, dass mehr Männer als Frauen mit Behinderungen verheiratet sind. Dieser Befund dürfte mit traditionellen geschlechtsspezifischen Verhaltensmustern zusammenhängen. Nach wie vor wird in unserer Gesellschaft von Frauen erwartet, dass sie für andere sorgen, während Männer vorwiegend als diejenige gelten, denen diese Fürsorge dient.

#### **2.1.4.2 Arbeit und Ausbildung**

Erwerbsarbeit gehört für Menschen mit Behinderungen ebenso wie für Menschen ohne Behinderungen zum Leben in einer modernen Industriegesellschaft. Sie ist ein zentraler Wert und bedeutet mehr als nur die individuelle Existenzsicherung. Sie bestimmt den Status einer Person in der Gesellschaft. Gesellschaftliche Anerkennung und Akzeptanz sind eng mit der beruflichen Tätigkeit verbunden.

Beisteiner (1998) geht davon aus, dass Menschen mit Behinderungen die Ausübung einer Arbeitstätigkeit gar als einen höheren Statusgewinn empfinden als Menschen ohne Behinderungen. Eine Arbeit verrichten zu können, vermittelt Menschen mit Behinderungen das Gefühl, nützlich und wertvoll für die Gesellschaft zu sein. Teilzuhaben am Arbeitsleben bedeutet im wesentlichen auch, in die Gesellschaft integriert zu sein. Sinnvolle Erwerbsarbeit kann für Menschen mit Behinderungen auch einen kompensatorischen Effekt haben, insofern als sie sich durch ihre Fähigkeiten oder ihren Beruf definieren können, sich dadurch selbst besser verwirklichen und so ein höheres Selbstwertgefühl erlangen können.

Dass aber vielen Menschen mit Behinderungen der Zugang zu Bildungsmöglichkeiten und zum Arbeitsmarkt verschlossen bleibt und Berufstätige bezüglich Einkommen diskriminiert werden, zeigen die Ergebnisse der im folgenden zitierten Studien.

- Behinderung und Bildung

In allen EU-Ländern und den USA weisen Menschen mit Behinderungen im Vergleich zu Menschen ohne Behinderungen ein relativ niedriges Bildungsniveau auf. Länder mit einem

sehr hohen Anteil von Menschen mit Behinderungen, deren Bildungs- und Qualifikationsniveau das der Grundschule nicht übersteigt, sind Frankreich, Italien, Spanien und England (Eurostat, 2001; McNeil, 1997). In der Schweiz haben gemäss der Studie Gredig et al. (2005) 81% der IV-Rentner/innen höchstens eine Berufsbildung (davon 23% nur die obligatorische Schule, 19% eine Anlehre) abgeschlossen. Bei den Bezüglern/Bezüglern/innen individueller Massnahmen sind es 66%, die höchstens eine Berufsbildung (davon 6% nur die obligatorische Schule, 8% Anlehre) abgeschlossen haben. Damit weisen vor allem die IV-Rentner/innen ein deutlich tieferes Bildungsniveau auf als die Schweizerische Gesamtbevölkerung<sup>1</sup>

Das geringe Bildungsniveau von Menschen mit Behinderungen lässt sich nur teilweise mit dem höheren Lebensalter von Menschen mit Behinderungen erklären (Menschen höheren Alters sind im Durchschnitt weniger qualifiziert als Jüngere, und unter den Menschen mit Behinderungen ist der Anteil Älterer vergleichsweise hoch). Das vergleichsweise niedrige Qualifikationsniveau von Menschen mit Behinderungen bleibt auch bei Berücksichtigung des Lebensalters erhalten (Eurostat, 2001; McNeil, 1997; Van Lin et al., 2000).

Der konstatierte Zusammenhang von formal tieferen Bildungsabschlüssen und Beeinträchtigungen könnte zum einen darin gründen, dass Behinderungen einen Einfluss auf die Bildungsbeteiligung haben, d.h., dass Menschen mit spezifischen Beeinträchtigungen nicht alle Bildungsmöglichkeiten im gleichen Masse offen stehen wie Menschen ohne Behinderungen. Andererseits ist aber auch denkbar, dass Menschen mit niedrigem Bildungsniveau Arbeitsplätze einnehmen, die mit einem höherem Invaliditätsrisiko behaftet sind.

- Die Arbeitsmarktsituation von Menschen mit Behinderungen

Die Aufnahme einer Beschäftigung lässt sich als ein zweistufiger Prozess interpretieren, in dessen erster Phase das Individuum entscheidet, Arbeit anzubieten. Die zweite Phase schliesslich ist die der Arbeitsplatzsuche und des Findens einer geeigneten Stelle.

---

<sup>1</sup> Vgl. dazu den Bildungsstand der Schweizer Bevölkerung 2002 (Bundesamt für Statistik, 2003a; Schweizer Haushaltspanel, 2002), wo 18.4% der Bevölkerung die obligatorische Schule, 48.6% eine Berufsbildung, 7.8% eine Allgemeinbildung, 14.5% eine höhere Berufsbildung und 10.7% eine Hochschule absolviert haben. Somit haben 67% der Schweizer Bevölkerung höchstens eine Berufsbildung abgeschlossen.



Vor diesem Hintergrund unterscheidet die Eurostat-Studie (2001) zwischen:

- Erwerbsbeteiligung (Partizipationsrate) =  $(\text{Berufstätige} + \text{Arbeitslose}) / \text{Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter} * 100$  und
- Arbeitslosigkeit (Arbeitslosenquote) =  $\text{Arbeitslose} / (\text{Erwerbstätige} + \text{Arbeitslose}) * 100$ .

Rund 52 % der Menschen mit Behinderungen, aber nur 28% der Menschen ohne Behinderungen sind EU-weit nicht erwerbstätig (Eurostat, 2001). In den USA sind von den Menschen mit schweren Beeinträchtigungen 68%, von den Menschen mit leichten Beeinträchtigungen 18% nicht erwerbstätig, wobei der Anteil der nichterwerbstätigen Menschen ohne Behinderungen 15% beträgt (McNeil, 1997). In der Schweiz sind gemäss der Studie von Gredig et al. (2005) 63% der Bezüger/innen einer IV-Rente nicht erwerbstätig, bei den Bezüchern/Bezügerinnen individueller Massnahmen sind es 29%. Damit ist bei den IV-Rentnern/IV-Rentnerinnen der Anteil der Nichterwerbstätigen beinahe doppelt so gross wie in der Schweizerischen Gesamtbevölkerung.<sup>2</sup>

Ueberraschenderweise haben aber berufstätige Menschen mit Behinderungen eine nur geringfügig höhere Wahrscheinlichkeit als Menschen ohne Behinderungen, arbeitslos zu werden (12% gegenüber 10%) (Eurostat, 2001).

Eine Behinderung wirkt sich somit stärker negativ auf die Erwerbsbeteiligung aus als auf die Arbeitslosenquote. Demzufolge stellt die niedrige Partizipationsrate das unter arbeitsmarktpolitischen Gesichtspunkten betrachtet grössere Problem dar, d.h. der Zugang zum Arbeitsmarkt ist offenbar schwieriger als der Verbleib auf dem Arbeitsmarkt.

Die niedrige Arbeitslosenquote von Menschen mit Behinderung könnte aber auch Ausdruck individueller Resignation sein: Aufgrund der vermeintlichen Aussichtslosigkeit, eine Stelle zu finden, werden viele Menschen mit Behinderungen möglicherweise gar nicht erst mit der Suche beginnen. In diesem Fall wird sich das Fehlen adäquater Beschäftigungsmöglichkeiten eher in einer niedrigen Erwerbsbeteiligung als in einer hohen Arbeitslosigkeit niederschlagen. Mit anderen Worten: Relativ niedrige Arbeitslosenquoten unter den Menschen mit Behinderungen sagen nur bedingt etwas über den Umfang ihrer Arbeitsmarktnachteile aus. Zusätzlich

---

<sup>2</sup> Vgl. dazu die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) (Bundesamt für Statistik, 2003b), wo 34.2% der Schweizerischen Gesamtbevölkerung nicht erwerbstätig, 22.2% teilzeit und 45.6% vollzeit erwerbstätig sind.

muss erwähnt werden, dass Langzeitarbeitslose in der Arbeitslosenstatistik nicht mehr aufgeführt sind.

- Soziodemographische Charakteristika berufstätiger Menschen mit Behinderungen

Gemessen an den Menschen mit Behinderungen insgesamt sind berufstätige Menschen mit Behinderungen jünger; der Männeranteil und das Bildungsniveau sind höher. Bei einem Vergleich mit den erwerbstätigen Menschen ohne Behinderungen zeigen sich einige bemerkenswerte Unterschiede: Arbeitende Menschen mit Behinderungen sind älter, der Frauenanteil ist höher und das Bildungsniveau ist niedriger als in der Vergleichsgruppe. Wie entsprechende Daten aus einigen EU-Ländern zeigen, hat die Art der Beeinträchtigung einen erheblichen Einfluss auf die Erwerbsbeteiligung: Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen, Lernschwierigkeiten oder psychischen Beeinträchtigungen haben eine geringere Wahrscheinlichkeit, erwerbstätig zu sein als Menschen mit physischen Beeinträchtigungen (Eurostat, 2001; Van Lin et al., 2000). Als besonderer Einflussfaktor kommt nach Windisch und Kniel (1993) auch das Ausmass des Hilfebedarfs hinzu.

Typisch für die berufliche Integration von Menschen mit Behinderungen ist somit eine Kumulation folgender günstiger Faktoren: Geringes Alter (unter 45 Jahren), männlich, höheres Bildungsniveau und geringer Hilfebedarf (Bengtsson, 1999; Eurostat, 2001; Schildmann, 1984; Schriner, 2001; Windisch & Kniel, 1993)

- Arbeitsplatzcharakteristika

Im Hinblick auf die Art der Beschäftigung (abhängige vs. selbständige Erwerbsarbeit, Branchenzugehörigkeit und Unternehmensgrösse) zeigen die Studien nur geringe Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Behinderungen; dies gilt sowohl für die EU insgesamt als auch für die einzelnen Mitgliedsländer (Eurostat, 2001; Van Lin et al., 2000). Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten unter den Menschen mit Behinderungen ist relativ hoch. Begründet wird die Teilzeitarbeit bei den Frauen mit der Hausarbeit, bei den Männern mit der Behinderung und der fehlenden Möglichkeit, vollzeitlich zu arbeiten (Eurostat, 2001; Van Lin et al., 2000). Die Stundenlöhne von Menschen mit Behinderungen sind niedriger als die der Menschen ohne Behinderungen, und Arbeitnehmer/innen mit Behinderungen sind in den unteren Einkommensgruppen über- und in den oberen unterrepräsentiert. Obwohl der überwiegende Teil dieser Einkommensunterschiede mit persönlichen und jobbezogenen Merkmalen (wie z.B. Alter und Bildung) erklärt werden kann, verbleibt eine ungeklärte Restkomponente, die sich als

Ergebnis von Diskriminierung interpretieren lässt, d.h. Menschen mit Behinderungen verdienen bei identischen soziodemographischen und Job-Charakteristika weniger als Menschen ohne Behinderungen (Eurostat, 2001; Van Lin et al., 2000).

Wie sieht die Situation der Heimbewohner/innen bezüglich Arbeitstätigkeit aus?

In nur etwa einem Viertel der in die Untersuchung von Seifert (1997) einbezogenen Heime besuchen alle Bewohner/innen eine Tageseinrichtung (Werkstatt/Tagesstätte/Schule). In den anderen Heimen haben einige eine Tagesbeschäftigung ausserhalb des Hauses, andere nehmen stundenweise an einer Arbeitstherapie teil, der Rest hat keinerlei Arbeit oder Beschäftigung. Die Betreuer/innen vertreten aber die Ansicht, dass jeder Bewohner/jede Bewohnerin einen Arbeits- oder Beschäftigungsplatz haben sollte. Nach ihrer Erfahrung fördert der regelmässige Wechsel in Tagesstätte oder Werkstatt die Entwicklung der Bewohner/innen. Sie erhalten vielfältige Anregungen und erweitern ihre sozialen Kontakte. Einige Betreuer/innen berichten, dass durch die Anerkennung, die die Bewohner/innen bei ihrer Tätigkeit erfahren, ihr Selbstvertrauen gestärkt wird, und dass darüber hinaus die zeitweilige Distanz zum Wohnbereich auch einen positiven Einfluss auf das Gruppenklima hat. Die Arbeits- und Beschäftigungsinhalte sollten allerdings den Bedürfnissen und Fähigkeiten der Bewohner/innen entsprechen. Vor allem Bewohner/innen mit schwierigen Verhaltensweisen benötigen individuelle Betreuung.

Insgesamt begrüssen die Bewohner/innen es, berufstätig zu sein. Arbeit wird als sinnstiftend, tagesstrukturierend, beschäftigend, vorbeugend gegen Langeweile etc. erlebt (Klicpera et al., 1995; Wacker et al., 1998). Zwei Drittel der Berufstätigen unter den Heimbewohnern/Heimbewohnerinnen sind sich ganz sicher, dass ihre Arbeit von anderen auch geschätzt wird. Bezüglich der Bezahlung herrscht grössere Unzufriedenheit als bei der Frage nach der Anerkennung der Arbeit (Klicpera et al., 1995; Wacker et al., 1998).

#### **2.1.4.3 Finanzielle Situation**

Menschen mit Behinderungen unterscheiden sich von Menschen ohne Behinderungen hinsichtlich der Art und der Höhe ihres Einkommens deutlich.

Weniger als ein Drittel (29%) der Personen mit schweren Beeinträchtigungen haben EU-weit ein Erwerbseinkommen, 59% erhalten eine Altersrente oder Erwerbsunfähigkeitsrente, 8% haben kein Einkommen, und 4% haben ein privates Einkommen. Die korrespondierenden Zahlen für Menschen ohne Behinderungen sind 69%, 13%, 15% und 3% (Eurostat, 2001).

Dass doppelt so viele Menschen ohne Behinderungen im Vergleich zu den Menschen mit Behinderungen über kein Einkommen verfügen, lässt sich dadurch erklären, dass Menschen ohne Behinderungen öfter verheiratet sind und deshalb eher auf das Einkommen eines Partners zählen können.

Bezüglich der Höhe des Einkommens zeigt sich in den USA, dass 80% der Menschen mit Behinderungen (25-64 Jahre) ein persönliches Jahreseinkommen von weniger als 20 000 \$ haben im Vergleich zu 44% der Personen ohne Behinderungen (McNeil, 1997). Ähnliche Einkommensunterschiede zwischen Menschen mit und ohne Behinderungen werden auch aus Dänemark (Bengtsson, 1999) und Deutschland (Eiermann et al., 2000; Windisch & Kniel, 1993) berichtet. In der Schweiz liegt nach der Studie von Gredig et al. (2005) das mittlere persönliche Einkommen der IV-Rentenbezüger/innen zwischen CHF 2000.- und 2999.- und das mittlere Haushaltseinkommen zwischen CHF 3000.- und 4499.-. Besser gestellt sind die Bezüger/innen individueller Massnahmen. Bei ihnen liegt das mittlere persönliche Einkommen zwischen CHF 3000.- und 4499.- und das mittlere Haushaltseinkommen zwischen CHF 4500.- und 5999.-.<sup>3</sup>

Analog zu den Menschen ohne Behinderungen steht dabei den erwerbslosen Menschen mit Behinderungen ein deutlich geringeres Einkommen als den Berufstätigen zur Verfügung. Besonders Betroffene im mittleren Alter und mit höherer Schulbildung, Berufstätige und Männer besitzen ein überdurchschnittlich hohes Einkommen. Währenddessen erhalten vor allem ältere Personen, Frauen und Menschen mit Behinderungen mit geringer Schulbildung, die unter den Erwerbslosen dominieren, das niedrigste Monatseinkommen (Eiermann et al., 2000; Windisch & Kniel, 1993). Damit bestätigt sich einmal mehr, dass Alter, Geschlecht und Schulbildung für soziale Benachteiligung ausschlaggebend sind.

---

<sup>3</sup> Vgl. dazu Stamm, Lamprecht, & Nef (2002), wo für 1999 für die Schweizer Bevölkerung ein persönliches Durchschnittseinkommen von CHF 3'700.- bzw. ein durchschnittliches Haushaltseinkommen von CHF 6'900.- angegeben wird. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei Stamm et al. (2002) offensichtlich das arithmetische Einkommen und nicht – wie in den meisten neueren Einkommensberechnungen – das Medianeinkommen berechnet wurde. Das arithmetische Mittel konnte im Rahmen der Studie von Gredig et al. (2005) nur für ein Teilsample berechnet werden, da relativ viele Befragte sich zwar beim kategorisierten Einkommen eingestuft, aber keine weiteren detaillierten Einkommensangaben gemacht haben.

Es lässt sich festhalten, dass Menschen mit Behinderungen über sehr viel weniger Geld als der Durchschnitt der Bevölkerung verfügen und häufig in den Armutsbereich geraten, zumal Behinderungen zusätzliche Kosten verursachen. So berichtet die Hälfte der von Eiermann et al. (2000) befragten Frauen, dass monatliche zusätzliche Kosten zwischen 100 DM und 3000 DM, die durch die Behinderung bedingt sind, anfallen. Diese Kosten werden zu 87% ausschliesslich privat finanziert.

Bei den Heimbewohnern/Heimbewohnerinnen gewinnen Wacker et al. (1998) aus der Analyse der Gespräche mit ihnen den Eindruck, dass ihnen - wie den meisten Menschen - das Geld sehr wichtig ist, zugleich aber finanzielle Angelegenheiten stark aus dem Leben der Menschen in Einrichtungen herausgehalten werden. Auf die Frage nach ihrem monatlichen Nettoeinkommen können nur 44% der befragten Personen Auskunft geben. Die ermittelten Beträge (100-199 DM für 35% der Befragten), die oftmals kaum über das Taschengeldniveau hinausreichen, sind für viele ein Problem. Insbesondere im Zusammenhang mit der Arbeit kommt die geringe Bezahlung immer wieder zur Sprache.

#### **2.1.4.4 Wohnen und Mobilität**

Die Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung von Menschen mit Behinderungen, aber auch ihre Integration in die Gesellschaft stehen in engem Zusammenhang mit ökologischen Faktoren wie der Ausstattung des Wohnbereichs und der Infrastruktur des Wohnumfeldes (z.B. medizinische Versorgung und Bildungsangebote, Freizeitmöglichkeiten und öffentliche Verkehrsmittel). Obwohl Wohnen und Mobilität unbestritten zu existentiell notwendigen Bedürfnisbefriedigungen des Menschen gehören, scheinen Menschen mit Behinderungen in diesem Bereich immer noch auf grosse Schwierigkeiten zu stossen.

Gemäss einer Studie von Bernard und Horvaka (1992), die 82 Menschen mit Behinderungen, Angehörige von Menschen mit Behinderungen und Menschen ohne Behinderungen mit „Multiplikatorfunktion“ nach den dringendsten Problemen von Menschen mit Behinderungen befragten, wurde an erster Stelle die Wohnsituation, bauliche Barrieren und Mobilität genannt, gefolgt von Isolation und Arbeitsmarktsituation.

Auf die zusätzliche Frage „Wie soll die Wohnumwelt, die Wohnstätte und Wohnorganisation gestaltet sein, um die räumliche und soziale Isolation von Menschen mit Behinderungen zu vermeiden bzw. abzubauen?“ wurden folgenden Bereichen ein hoher Stellenwert zugemessen:

Als erstes wurde eine behindertengerechte und behindertenfreundliche Gestaltung des Wohnbereiches gefordert (benutzergerecht, zugänglich etc.), gefolgt vom Wunsch nach Integration und Normalisierung (Beseitigung von Sonderwohnformen, Ghettos, isolierende Wohnbedingungen etc.). Dazu gehören auch nachbarschaftshelferische Konzeptionen und Wünsche nach Verbreiterung der Kontakt- und Kommunikationsmöglichkeiten. Ein weiteres Anliegen der befragten Personen war das Sich-Einbringen in architektonische und raumbezogene Planungs- und Entscheidungsprozesse und die Verbesserung der Verkehrsmassnahmen.

Die Forderung nach benutzergerechten Wohnungen wird in der dänischen Studie von Bengtsson (1999) bestätigt. Die von ihm befragten Menschen mit Behinderungen erwähnten als problematische Punkte im Bereich Wohnen das Verlassen der Wohnung und das Heimkommen, das Zubereiten des Essens, das Bad und die Toilette. Viele mussten Wohnungsumbauten vornehmen.

Als weiterer problematischer Punkt erweisen sich bei Menschen mit Behinderungen die öffentlichen Verkehrsmittel. Unzufriedenheit wird vor allem über die Zugänge (Wege, Ein- und Ausstieg), aber auch die Frequenz (lange Wartezeiten) der Angebote geäussert (Harris, 1994; Häussler et al., 1996). Vor diesem Hintergrund erstaunt es nicht, dass der eigene Personenwagen für Menschen mit Behinderungen, die in Privathaushalten leben, die wichtigste ausserhäusliche Mobilitätshilfe ist (Häussler, Wacker et al. 1996).

Auch die Lebenssituation der Heimbewohner/innen kann nach Seifert (1997) nicht losgelöst von den materiellen Bedingungen betrachtet werden. So spielt bei der Beurteilung der Wohnsituation der Bewohner/innen durch die Betreuer/innen die Lage der Einrichtung, die räumlichen Bedingungen, die Grösse und Zusammensetzung der Gruppen sowie die Personalsituation eine zentrale Rolle. Bei grossen Einrichtungen in Stadtrandlage wird die Nähe zur Natur positiv, die isolierte Lage, die die Teilnahme am allgemeinen Leben erschwere, aber überwiegend negativ bewertet. Auch bei kleineren Wohnheimen wird eine gute Infrastruktur für wesentlich gehalten. Die räumlichen Bedingungen in den Wohneinrichtungen werden für die Bewohner/innen als überwiegend gut eingeschätzt. Die Bewohner/innen sind überwiegend individuell eingerichtet, teilweise auf ihre schwierigen Verhaltensweisen abgestimmt. Die Situation in den Kliniken ist um ein Vielfaches schlechter. Hier überwiegen Mehrbettzimmer, zum Teil gibt es auch Schlafsäle, die für Individualität keinen Raum lassen. Viele Betreuer/innen stellen fest, dass in Gruppen mit acht und mehr Bewohnern/Bewohnerinnen eine individuelle Betreuung der Bewohner/innen mit schweren geistigen Beeinträchtigungen nicht gewährleistet ist. Auch homogen zusammengesetzte Gruppen wirken sich nachteilig auf die

Lebensqualität der Bewohner/innen aus. Am gravierendsten wird von allen Betreuern/Betreuerinnen die unzureichende Personalbesetzung in den Gruppen beurteilt. Sie verhindert ein individuelles Eingehen auf die Bewohner/innen mit hohem Betreuungsbedarf, der bei Menschen mit schweren geistigen und mehrfachen Beeinträchtigungen und bei Bewohner/innen mit schwierigen Verhaltensweisen immer gegeben ist.

Die Bewohner/innen selbst äussern sich auf die Frage, wie ihnen das Wohnen im Wohnheim bzw. der Wohngemeinschaft gefalle, mehrheitlich positiv. An positiven Aspekten erwähnen sie vor allem ihre gute Beziehung zu den Betreuern/Betreuerinnen und deren Verständnis. Als einzige Kritikpunkte wird erwähnt, dass sie selbst viel mitarbeiten und mit Menschen zusammenleben müssen, mit denen sie sich nicht verstehen (Klicpera et al., 1995) (S. 123).

#### **2.1.4.5 Soziales Netzwerk**

Das Eingebundensein der Menschen in soziale Beziehungen und Bindungen kann bildhaft durch Netze repräsentiert werden, bei denen einzelne Personen die Knotenpunkte und ihre Beziehungen untereinander die Verbindungslinien darstellen. Der Bereich des sozialen Netzwerkes umfasst das Geflecht sozialer Beziehungen und Kontakte, welches ein Individuum zu anderen Personen innerhalb und ausserhalb des eigenen Haushaltes unterhält (Diewald, 1989). Durch die Einbindung in Netzwerke werden Individuen in die Gesellschaft integriert, werden ihnen soziale Erwartungen, Bestätigungen, immaterielle und materielle Unterstützung in alltäglichen Interaktionen übermittelt, aber auch Bedürfnisse nach Nähe und Zärtlichkeit befriedigt. In schwierigen Lebenssituationen, in denen sich Personen mit Behinderungen befinden, kommt dem sozialen Netzwerk als Ressource ein besonderes Gewicht zu, da neben Hilfen und Ratschlägen der emotionale Beistand einen positiven Einfluss auf die Bewältigung der Behinderungen ausüben kann.

Das soziale Netzwerk von Menschen mit Behinderungen lässt sich nach Windisch und Kniel (1993) mit folgenden Merkmalen beschreiben:

Die Netzwerkgrösse, die Zusammensetzung des Netzwerkes, die Anzahl Vertrauenspersonen, die Repräsentanz von Menschen mit Behinderung in den persönlichen Netzwerken und die Intensität der Netzwerkkontakte.

Die Befunde dazu werden in diesem Kapitel zuerst für die Menschen mit Behinderungen berichtet, die in Privathaushalten leben. Anschliessend wird auf die Beziehungen der Heimbewohner/innen untereinander, zu den Angehörigen und Freunden eingegangen.

- Netzwerkgrösse

Die Netzwerkgrösse beinhaltet die Gesamtzahl der haushaltsinternen und -externen Kontakten. Sie bietet einen quantitativen Hinweis auf die soziale Eingebundenheit.

Bei den von Windisch und Kniel (1993) befragten Personen mit Behinderungen, die in Privathaushalten leben, umfasst das Netzwerk durchschnittlich 13 Personen. Es ist gegenüber dem Netzwerk von Personen ohne Behinderungen (mit durchschnittlich 18 Personen) deutlich kleiner (Hamel & Windisch, 1992). Es lassen sich keine signifikanten Unterschiede der Netzwerkgrösse nach der Art der Beeinträchtigung feststellen. Ein grösseres Netzwerk der Personen mit Behinderungen geht mit höherem Bildungsniveau und Einkommen, geringerem Lebensalter, Berufstätigkeit und Organisationsmitgliedschaft einher.

In der Studie Gredig et al. (2005) verfügen 34% der IV-Rentner/innen über eine Netzwerkgrösse von nur 1 bis 6 Personen, bei den Bezüglern/Bezüglerninnen individueller Massnahmen sind es 17%.

- Zusammensetzung des Netzwerkes

Die haushaltsinternen Beziehungsnetze der Menschen mit Behinderungen erweisen sich etwas grösser als in der Gesamtbevölkerung (Windisch & Kniel, 1993). Unter den haushaltsexternen Netzwerkbeziehungen dominieren die verwandtschaftlichen. Es folgen in erheblichen Abstand Beziehungen zu Freunden und Nachbarn. Die Grösse dieser Netzwerkgruppen ist im Vergleich zu Personen ohne Behinderungen durchgängig kleiner (2 Freunde versus 7 Freunde) (Hamel & Windisch, 1992). Ueber ähnliche Ergebnisse wird von Harris (1994) aus den USA berichtet.

- Vertrauenspersonen

Eine wichtige Form sozialer Integration und Quelle von Unterstützung repräsentieren Beziehungen zu engen Freunden und Vertrauenspersonen (confidants). Neben Partner und Familienangehörigen geht es hierbei um haushaltsexterne Netzwerkmitglieder, mit denen man sich besonders gut versteht und über belastende Probleme sprechen kann. In solchen Freundschaften manifestiert sich die Qualität sozialer Beziehungen.

Während die Erwachsenen mit Behinderungen bei Windisch und Kniel (1993) nur rund 4 Vertrauenspersonen im Durchschnitt aufweisen, sind es bei Personen ohne Behinderungen doppelt so viele (Hamel & Windisch, 1992). Vertrauenspersonen sind in erster Linie Verwandte, gefolgt von Freunden und Haushaltsmitgliedern. In der Studie Gredig et al. (2005)



geben 11% der IV-Rentner/innen an, keine Vertrauensperson zu haben, bei den Bezü-  
gern/Bezügerinnen individueller Massnahmen sind es 6%. Damit ist der Anteil an Personen,  
die keine Vertrauensperson haben, bei den IV-Rentnern/IV-Rentnerinnen mehr als doppelt so  
gross wie in der Schweizerischen Gesamtbevölkerung.<sup>4</sup>

- Repräsentanz von Menschen mit Behinderungen in den sozialen Netzwerken

Ein Vergleich der Beziehungen von Personen mit Behinderungen zu ebenfalls Menschen mit Behinderungen ist in doppelter Hinsicht wichtig: Der Umfang dieser Beziehungen ist einmal Indikator für die Heterogenität, Ausgewogenheit oder Einseitigkeit der Netzwerkbeziehungen und die Art sozialer Integration. Zum anderen sind darin bestimmte Voraussetzungen der Unterstützung, identitätsfördernder Austauschmöglichkeiten mit Gleichbetroffenen sowie der Wahrnehmung und Durchsetzung gemeinsamer Interessen zur Verbesserung von Lebenschancen und -qualität angelegt.

Eine Fixierung auf Beziehungen zu anderen Menschen mit Behinderungen ist bei Menschen mit Behinderungen im allgemeinen aber nicht festzustellen (Windisch & Kniel, 1993). Im Durchschnitt zählen die Betroffenen eine Kontaktperson mit Behinderung zu ihrem Netzwerk. Der Umfang von Freunden mit Behinderungen steigt mit hohem Beeinträchtigungsgrad und geringem Bildungsniveau (Windisch & Kniel, 1993).

- Intensität der Netzwerkkontakte

Die Netzwerkkontakte und die Art sozialer Integration sind nicht zuletzt durch die Interaktionshäufigkeit charakterisiert. Mit dieser Netzwerkdimension verbinden sich auch wichtige Voraussetzungen sozialer Unterstützung (vgl. Kapitel 2.1.4.7. : Hilfebedarf und professionelle Hilfe).

Zu verwandtschaftlichen Netzwerkmitgliedern, die im Netzwerk der Menschen mit Behinderungen dominieren, besteht die höchste Kontaktintensität (Windisch & Kniel, 1993). Nur wenig schwächer ausgeprägt ist die Kontaktintensität zu nachbarschaftlichen Netzwerkmitgliedern. Zu ihnen ist die durchschnittliche Interaktionshäufigkeit fast doppelt so hoch wie zu Freunden (Windisch & Kniel, 1993).

---

<sup>4</sup> Vgl. dazu die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (Bundesamt für Statistik, 2003c), wo 4.7% der Schweizerischen Gesamtbevölkerung keine Vertrauensperson angeben.

Gemessen an den untersuchten Netzwerkmerkmalen lässt sich im grossen und ganzen eine geringere soziale Integration der Menschen mit Behinderungen gegenüber Menschen ohne Behinderungen feststellen. Defizite sozialer Integration der Personen mit Behinderungen offenbaren sich vor allem in der vergleichsweise geringen Zahl von Freunden und Vertrauenspersonen.

Im Einklang mit den Defiziten in den sozialen Netzwerkmerkmalen bewerten Personen mit Behinderungen ihre Chancen, Kontakte mit anderen aufzunehmen und Freundschaften zu schliessen, deutlicher negativer als Menschen ohne Behinderungen. Dabei ist die Einschätzung der Kontaktchancen von Faktoren abhängig, die weitgehend auch in der Gesamtbevölkerung wirksam sind. Berufstätige, einkommensstärkere und weniger Abhängigkeit empfindende Personen mit Behinderungen sehen mehr Kontaktmöglichkeiten (Windisch & Kniel, 1993).

Ein weiteres Element sozialer Isolation, worin sich subjektiv empfundene Isolation ausdrückt, ist die Einsamkeit. Hiermit verbunden ist die Erfahrung bzw. Empfindung des quantitativen und qualitativen Verlusts oder Mangels von relevanten, identitätskonstituierenden sozialen Bezügen (Individuen, Gruppen) (Holzschuher, 1984).

Einsamkeit in höherem Masse empfindet bei Windisch und Kniel (1993) jede fünfte Person mit Behinderung. Trotz defizitärer Netzwerke ist der Anteil aber kaum höher als bei einer Vergleichsgruppe von Menschen ohne Behinderungen (Hamel & Windisch, 1992). Einsamkeitsgefühle der Erwachsenen mit Behinderungen, die mit geringem Umfang von Netzwerkbeziehungen verknüpft sind, werden in der Intensität offenbar durch die gleichzeitig höhere Kontaktintensität zu verwandtschaftlichen Netzwerkmitgliedern kompensiert.

Im Lebensort Heim bemüht man sich zwar nach Wacker et al. (1998) darum, dass die Bewohner/innen Kontakte mit dem sozialen Umfeld schliessen. Integrationsziele verfolgen die Heime beispielsweise, indem sie dafür sorgen, dass die Bewohner/innen bei Ereignissen (Festen) im Umfeld präsent sind, und dass sie öffentliche Einrichtungen der Gemeinde nutzen. Ebenfalls eine Bereicherung des direkten Austauschs in der Gemeinde sind Informationsveranstaltungen, Cafés oder Kulturereignisse wie Konzerte oder Theatervorführungen im Heimgelände und enge Zusammenarbeit mit Vereinen und Verbänden.

Trotz solcher Bestrebungen ist das soziale Netzwerk der Heimbewohner/innen in der Regel überwiegend auf die Mitbewohner/innen, Betreuer/innen und Therapeuten/Therapeutinnen

hin orientiert. Bei Klicpera et al. (1995) berichten 48% der Bewohner/innen in den Wohngemeinschaften, einen engen Freund oder eine Freundin zu haben, in den Wohnheimen dagegen nur 16%. Mehr als die Hälfte der Bewohner/innen in Wohngemeinschaften kommt sehr gut oder gut mit den anderen Bewohnern/Bewohnerinnen aus (Klicpera et al., 1995; Wacker et al., 1998). Von den Bewohnern/Bewohnerinnen in Wohnheimen wird von grösseren Schwierigkeiten mit den Mitbewohnern/Mitbewohnerinnen berichtet, und die Beziehung zu den Betreuern/Betreuerinnen hat grössere Bedeutung. Belastet werden die Beziehungen zueinander vor allem dadurch, dass die Heimbewohner/innen Verhaltensweisen anderer als beängstigend oder ärgerlich empfinden (Wacker et al., 1998).

Nach Angaben der Betreuer/innen besteht zudem bei den meisten Bewohnern/Bewohnerinnen sowohl in den Wohngemeinschaften wie in den Wohnheimen ein regelmässiger Kontakt zu den Eltern und Geschwistern. Mehr als die Hälfte sehen diese wenigstens einmal pro Woche. In den meisten Fällen handelt es sich dabei um Besuche der Bewohner/innen bei den Verwandten. Nahezu die Hälfte der Bewohner/innen ist zufrieden mit den Kontakten zur Familie. Ein Drittel wünscht sich mehr Kontakt (Klicpera et al., 1995).

Schwieriger gestalten sich die Kontakte zu ausserfamiliären Personen ohne Behinderungen. In den Wohngemeinschaften hat nur ein Drittel regelmässig Kontakt zu Personen ohne Behinderungen, die weder Verwandte noch Betreuer/innen sind; in den Wohnheimen sogar nur 20%. Dabei scheint die Art der Beeinträchtigung eine wesentliche Rolle zu spielen. Am wenigsten Aussenkontakte weisen Personen mit psychischen Beeinträchtigungen auf, gefolgt von den Personen mit Körperbeeinträchtigungen und epilepsiekranken Menschen (Wacker et al., 1998).

#### **2.1.4.6 Freizeit**

Freizeit zeichnet sich nach Ebert (2000) aus durch „Frei-Sein“ von gewissen Verpflichtungen, Zwängen und Abhängigkeiten und stellt somit den Gegenpol zur sogenannten „abhängigen“ Zeit und zur „gebundenen“ Zeit dar. Abhängige Zeit umfasst körperliche Bedürfnisse (Essen, Schlafen, Körperpflege, etc.) und fremdbestimmte Tätigkeiten (z.B. Schule, Berufsarbeit). Gebundene Zeit ist ausgefüllt mit zweckgerichteten Beschäftigungen, zu denen man aus familiären oder gesellschaftlichen Gründen verpflichtet ist. Dies beinhaltet unter anderem die Mithilfe im Haushalt. Unter Freizeit im engeren Sinn sind also selbstbestimmte und freiwillige Tätigkeiten (Unterhaltung, Sport, Lesen, Musik, Nichtstun, etc.) zu verstehen.

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse empirischer Erhebungen belegen, dass sich Menschen mit Behinderungen sowohl bezüglich Freizeitaktivitäten als auch Freizeitpartnern und Freizeitorten von Menschen ohne Behinderungen klar unterscheiden.

In der von Häussler et al. (1996) durchgeführten Studie geben insgesamt über 40% der erwachsenen Menschen mit Behinderungen an, kulturelle Veranstaltungen (inklusive Sportveranstaltungen) zu besuchen. Männer unterscheiden sich in dieser Hinsicht nicht von Frauen. Im Vergleich mit dem Bevölkerungsdurchschnitt (59%) agieren Menschen mit Behinderungen aber erkennbar zurückhaltender in den Freizeitaktivitäten. Dasselbe Resultat wird von Harris (1994) aus den USA berichtet.

Die häufigste Begründung für das Fernbleiben von kulturellen Veranstaltungen lautet bei Häussler et al. (1996) „kein Interesse“, gefolgt von „körperlich nicht in der Lage“, „geistige Ueberforderung“, „nicht behindertengerecht“, „mangelnde Angebote“, „Scheu vor Menschen“ und „nicht mobil“.

Wenn Menschen mit Behinderungen an kulturellen Veranstaltungen teilnehmen, so gehen sie vorzugsweise ins Theater, gefolgt von Konzerten und Kino. Grösste Bedeutung für die Freizeitgestaltung der Befragten besitzen aber auch die Medien (Fernsehen, Radio hören, Computer), Tätigkeiten wie Lesen, Schreiben, politische Bildung und Mitgliedschaften in Sport-, Freizeit- und Behindertenvereinen (Gredig et al., 2005; Häussler et al., 1996; Windisch & Kniel, 1993).

Die in den Studien Befragten nennen aber auch Interessen und Neigungen, denen sie aufgrund ihrer besonderen Lebenssituation nicht nachkommen können, wie „Klavierspielen“, „Radfahren“, „Tanzen“, „Verreisen“ usw. oder Aktivitäten, die sie wegen der Beeinträchtigung aufgeben mussten (Harris 1971; Häussler, Wacker et al. 1996).

Obwohl die Erwachsenen mit Behinderungen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung häufiger in Vereinen Mitglied sind, verbringen sie gemäss Windisch und Kniel (1993) öfter als Erwachsene ohne Behinderungen die Freizeit alleine. Gegenüber Erwachsenen ohne Behinderungen verfügen Menschen mit Behinderungen nur halb so viele Freizeitbeziehungen. Durchschnittlich haben die Betroffenen fünf Freizeitpartner. Die Freizeit wird, wie allgemein üblich, überwiegend mit Familienangehörigen verbracht. Freizeitkontakte mit Verwandten sind am zweithäufigsten, gefolgt von denen mit Freunden. Ebenso wie Menschen ohne Behinderungen gestalten Menschen mit Behinderungen ihre Freizeit eher mit Freunden, wenn sie al-

lein wohnen. Der Umfang ihrer Freizeitkontakte steigt bei Berufstätigkeit, geringerem Alter, höherem Bildungsniveau und geringem Bedarf an Mobilitätshilfe (Windisch & Kniel, 1993).

Ueber die Freizeit von Heimbewohnern/Heimbewohnerinnen lässt sich zusammenfassend feststellen, dass von den Heimen viel getan wird, um den Betroffenen Freizeitaktivitäten wie Spaziergehen, Einkaufen, Ausflüge usw. zu ermöglichen. Auf der anderen Seite zeigen sich jedoch auch vielfältige Einschränkungen. Diese sind zum Teil durch die Beeinträchtigungen der Bewohner/innen bedingt, zum Teil aber auch dadurch, dass eine recht restriktive und behütende Einstellung den Alltag bestimmt. Zusätzlich sind Unternehmungen nur möglich, wenn genügend Personal und die notwendigen finanziellen Ressourcen vorhanden sind (Klicpera et al., 1995; Seifert, 1997; Wacker et al., 1998). Die meisten Aktivitäten werden in der Gruppe unternommen. Obwohl die Bewohner/innen kaum über Möglichkeiten verfügen, sich von der Gruppe zurückzuziehen und eigenen Vorlieben nachzugehen, erlebt der überwiegende Teil der von Wacker et al. (1998) befragten Bewohner/innen die Freizeitaktivitäten ausserhalb des Heimes positiv. Es wird aber auch die Erfahrung gemacht, dass die Teilnahmepflicht und grössere Unternehmungen für Menschen mit schweren Beeinträchtigungen manchmal eher eine Belastung bedeuten.

#### **2.1.4.7 Hilfebedarf und professionelle Hilfe**

Für viele Menschen mit Behinderungen, bei denen ein Bedarf an Hilfe bzw. Pflege vorliegt, muss ein System aus helfenden Personen verfügbar sein, das bei der täglichen Lebensführung Assistenz und Kompensation im benötigten Masse bietet. Zusätzlich nehmen medizinische und pädagogische Beratungen, ambulante Hilfe (Pflege, hauswirtschaftliche Dienste, Fahrdienste) und Betreuung bei finanziellen und behördlichen Angelegenheiten einen festen Platz im Alltag von Menschen mit Behinderungen ein.

Welche Arten von Hilfe Menschen mit Behinderungen in Privathaushalten brauchen, wer sie im nahen Umfeld leistet, und wie zufrieden sie mit ihrem Unterstützungssystem sind, soll in Kapitel 2.1.4.7.1 dargelegt werden. Im Kapitel 2.1.4.7.2 wird dann speziell auf die professionelle Hilfe (medizinische, pädagogische Beratung) von Menschen mit Behinderungen eingegangen, die sowohl in Privathaushalten als auch in Heimen leben.

#### 2.1.4.7.1 Hilfebedarf

Beim Hilfebedarf von Menschen mit Behinderungen kann zwischen *behinderungsbedingtem Unterstützungsbedarf* (Hilfebedarf im Haushalt, bei persönlicher Versorgung und hauserexterner Mobilität) und *psychosozialem Unterstützungsbedarf* (Hilfebedarf bei Konflikten, psychischen Problemen und Krisen) unterschieden werden (Windisch & Kniel, 1993).

*Behinderungsbedingter Unterstützungsbedarf* ist gesamthaft bei 83% der von Häussler et al. (1996) befragten Betroffenen gegeben, bei 42 % täglich oder fast täglich. Der Hilfebedarf im Haushalt ist am grössten bei Reinigungsarbeiten, beim Einkaufen, bei Reparaturarbeiten sowie bei der Essenszubereitung. Hilfebedarf bei der persönlichen Versorgung wird vor allem beim Baden, An- und Ausziehen, Waschen und Toilettengang gebraucht. Der höchste Bedarf besteht bei Personen mit hohem Beeinträchtigungsgrad, bei Menschen mit Sehbeeinträchtigungen und bei Männern (Windisch & Kniel 1993; Häussler, Wacker et al. 1996).

*Psychosozialer Unterstützungsbedarf* hingegen ist im besonderen Mass bei persönlichen Problemen bzw. Krisensituationen in der Lebensgeschichte gegeben, die 90% der Betroffenen konstatieren. Jeder Zweite hat in diesen Fällen Unterstützung in Anspruch genommen (Windisch & Kniel, 1993).

Die Unterstützung beim *behinderungsspezifischem Hilfebedarf* entspricht am ehesten den Bedürfnissen und Erwartungen der Erwachsenen mit Behinderungen, wenn gleich sie sich im allgemeinen bei jedem Siebten als nicht bedarfsgerecht erweist (Windisch & Kniel, 1993). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch Bengtsson (1999) in Dänemark.

In besonderem Mass besteht ein *psychosoziales Unterstützungsdefizit*. Jeder dritte bis vierte Erwachsene mit Behinderungen verzeichnet bei der Bewältigung von Konflikten und psychischen Belastungen mangelnde oder fehlende Unterstützung (Windisch & Kniel, 1993).

Dieses Unterstützungsdefizit lässt sich dadurch erklären, dass Menschen mit Behinderungen im Vergleich zu Menschen ohne Behinderungen im Durchschnitt über weniger umfangreiche Unterstützungsnetzwerke verfügen (6 Helfer/innen versus 10 Helfer/innen bei Nichtbehinderten) (Windisch & Kniel, 1993). In den meisten Haushalten wird die personelle Hilfe und Pflege überwiegend von einer Person erbracht. Diese Hauptpflegepersonen sind meist Frauen und familiär eng mit der zu betreuenden Person verbunden (Mutter oder Ehefrau) (Häussler et al., 1996). Sie leisten in etwa 80% der Fälle ständig bis mehrmals täglich pflegerische Hilfe und

das meist seit mindestens fünf Jahren. Diese hohe zeitliche Beanspruchung wirkt sich negativ aus auf die Möglichkeit, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Hinzu kommen vielfältige psychische Beanspruchungen, die sich gemeinsam mit den physischen Belastungen negativ auf den Gesundheitszustand der Betreuungspersonen auswirken. Knapp ein Drittel der Hauptpflegepersonen ist bereits 55 Jahre oder älter (Häussler et al., 1996).

#### 2.1.4.7.2 Professionelle Hilfe

Medizinische und pädagogische Beratungen, ambulante Hilfe (Pflege, hauswirtschaftliche Dienste, Fahrdienste) und Betreuung bei finanziellen und behördlichen Angelegenheiten nehmen im Alltag von Menschen mit Behinderungen einen festen Platz ein. Deshalb ist die Art der Beziehung zu den professionellen Beratern ein wichtiger Bedingungsfaktor, der die Zufriedenheit von Menschen mit Behinderungen mit ihrer Lebenslage entscheidend beeinflusst.

Rund zwei Drittel der untersuchten Personen, die in Privathaushalten leben, befinden sich bei Häussler et al. (1996) in regelmässiger ärztlicher und/oder therapeutischer Behandlung. Fast alle Betroffenen haben einen Arzt, der sie bereits seit längerem kennt und betreut, d.h. mit ihrer Situation vertraut ist. Die Häufigkeit der Arztbesuche reicht von mehrmals wöchentlich bzw. wöchentlich (13%) über mehrmals im Monat bzw. monatlich (27%) bis zu seltener als einmal im Monat (60%). Die Mehrheit gibt zudem an, regelmässig Medikamente einzunehmen und krankengymnastisch behandelt zu werden. In vielen Fällen wird die erhaltene Hilfe aber sowohl in quantitativer als auch qualitativer Hinsicht als nicht ausreichend beurteilt.

So haben viele der von Eiermann et al. (2000) befragten Frauen schlechte Erfahrungen mit medizinischer Behandlung gemacht, wobei Kriterien sind, inwieweit sie als Patientinnen ernst genommen, ausreichend aufgeklärt und informiert werden, auf Sensibilität für die Bedeutung der Behinderung stossen, als ganzer Mensch und nicht als Objekt behandelt werden und erleben, dass die Grenzen der körperlichen und psychischen Integrität akzeptiert werden (z.B. keine Blossstellung der Körpers). Die Klagen beziehen sich auf die Kommunikation, aber auch auf Fehldiagnosen und Folgeschäden, auf fehlende Kompetenz, Desinteresse, Unsensibilität, zu häufiges Anraten und zu schnelle Durchführung von medizinischen Eingriffen sowie Streichung von Geldern zur Finanzierung von medizinischen, pflegerischen und rehabilitativen Leistungen. In der Diskussion werden diese Klagen als Ausdruck einer grundsätzlich misslingenden Kommunikation zwischen dem ärztlichen System und den Patientinnen

interpretiert, wobei die Verständigungsprobleme dadurch zugespitzt werden, dass die Frauen als Expertinnen für ihren Körper in dem medizinischen System nicht anerkannt werden, und dass ihnen nicht zugestanden wird, selbstbestimmt und selbstverantwortlich über sich und ihren Körper zu entscheiden.

Im Lebensort Heim hingegen spielen neben den Ärzten/Ärztinnen und Therapeuten/Therapeutinnen, welche Therapien wie Krankengymnastik, Beschäftigungstherapie, Logopädie usw. durchführen, v.a. die Betreuer/innen eine wichtige Rolle im Leben der Heimbewohner/innen (Seifert, 1997).

Wegen der grossen Abhängigkeit der Heimbewohner/innen von der Hilfe anderer sind die Betreuer/innen im Alltag in ständigem Kontakt mit ihnen. Viele Bewohner/innen orientieren sich überwiegend an den Betreuern/Betreuerinnen, suchen bei ihnen Nähe und Kommunikation. Engere Beziehungen zwischen Betreuern/Betreuerinnen und Betreuten entstehen durch individuelle Zuwendung. Auch Aspekte von Sympathie und Antipathie kommen zum Tragen. Brüche in der Beziehung durch Fluktuation des Personals werden häufig schmerzlich erlebt; es kann zu Rückschritten in der Entwicklung oder zu einem Rückfall in frühere Verhaltensweisen kommen, z.B. Aggressivität. Die Entwicklung von Beziehungen erfordert Zeit für Kommunikation und Zuwendung. Diese Zeit ist in der Praxis – infolge der Personalsituation – kaum gegeben (Seifert, 1997).

Insgesamt beurteilen die von Wacker et al. (1998) befragten Bewohner/innen ihr Verhältnis zu den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen aber relativ positiv. Zwei Drittel der Bewohner/innen bestätigen ausserdem die Existenz einer besonders geschätzten oder bevorzugten Betreuungsperson. Auf die Frage, was sich die Bewohner/innen von den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen wünschen, werden mehr Zuwendung, mehr Zeit und mehr Förderung genannt.

#### **2.1.4.8 Selbstbestimmung**

Die Balance zwischen Selbständigkeit in der Lebensführung und Abhängigkeit von sozialen Beziehungen stellt ein zentrales Thema menschlicher Lebensgestaltung dar. Für Menschen mit Behinderungen ist der Balanceakt zwischen diesen beiden Polen besonders schwierig, da aufgrund ihrer Kompensationsbedürfnisse gerade die - im vorangehenden Kapitel dargestellte - verstärkte Abhängigkeit von anderen sowie Einschränkungen in der Selbstgestaltung kennzeichnend für ihre Lebenssituation sind.



Das Angewiesensein auf die Hilfe anderer Menschen und die dadurch bedingte Abhängigkeit von anderen wird bei Häussler et al. (1996) von 50% der Menschen mit Behinderungen als belastend erlebt. Als besonders belastend empfinden Menschen mit Behinderungen vor allem die Abhängigkeit von anderen im Bereich der Mobilität (Einkaufen gehen, Treppen steigen, Verreisen) und Intimpflege und die psychische Dimension des Angewiesenseins auf Partner oder Pflegepersonen. Frauen und Männer mit Behinderungen unterscheiden sich hinsichtlich ihres Belastungsempfindens. Es gibt mehr Männer (40%) als Frauen (30%), die sich selbstständig und unabhängig fühlen, und es zeigen sich Unterschiede in der Bewertung belastender Situationen (Häussler et al., 1996):

Frauen erleben stärker die Abhängigkeit von anderen Personen als seelisch belastend, während für Männer eher gesundheitliche Krisen zum Problem werden (Häussler, Wacker et al. 1996). Dies korrespondiert nach Häussler et al. (1996) mit traditionellen geschlechtsspezifischen Verhaltensmustern: Nach wie vor wird in unserer Gesellschaft von Frauen erwartet, dass sie für andere sorgen und für sie da sind, während Männer vorwiegend als diejenigen gelten, denen diese Fürsorge dient. Für Männer ist es daher weitaus selbstverständlicher, die Hilfe anderer (Frauen) in Anspruch zu nehmen, als dies bei Frauen der Fall ist. Der seelische Konflikt von Frauen mit Behinderungen verschärft sich noch dahingehend, dass sie die Abhängigkeit von anderen Personen zusätzlich als geschlechtsspezifisches Versagen empfinden, da sie selbst nicht für andere „sorgen“ können und sich „ver“-sorgen lassen müssen. Eine ähnliche Rollenproblematik steht hinter der stärkeren Beeinträchtigung von Männern mit Behinderungen durch gesundheitliche Krisen, wird doch von Männern vor allem erwartet, dass sie „funktionieren“, „aktiv“ sind und „Leistungen“ bringen.

Im Lebensort Heim wird versucht, Menschen mit Behinderungen darin zu stützen, dass sie in ihrer Wohnwelt nicht nur als Fremde leben, sondern sich aktiv einbringen können (Wacker et al., 1998). Im Wohnalltag finden sich viele Gelegenheiten, in denen die Bewohner/innen Autonomie entwickeln können, zum Beispiel: Selbstversorgung, Entscheidungen treffen (Kleiderkauf, Wahlmöglichkeiten beim Essen), das eigene Zimmer gestalten und nutzen, über Eigentum verfügen (eigener Schlüssel), im Zusammenleben eigene Interessen verfolgen, die Wohnung oder das Haus verlassen können, Beteiligung der Bewohner/innen an Regelfindungen, Möglichkeiten, seine Meinung zu äussern (Haus- oder Gruppenversammlungen, Heimzeitung). Die Entfaltung der Autonomie erfordert aber individuelle Zuwendung. Häufig stehen strukturelle oder personelle Hindernisse der Realisierung dieses Ziels entgegen (Seifert, 1997; Wacker et al., 1998).

#### **2.1.4.9 Diskriminierung**

Als Mensch mit einer Beeinträchtigung zu gelten, impliziert eine Abweichung von gesellschaftlich definierter Normalität. Ob diese Abweichung sich als Funktions- oder Aktivitätseinschränkung bei der normalen Rollenausübung manifestiert oder zusätzlich eine Diskriminierung im Alltag nach sich zieht, hängt von der Art der Abweichung und ihrer jeweiligen gesellschaftlich-kulturellen Bewertung ab. Für viele Menschen mit Behinderungen in unserem leistungsorientierten Kulturkreis sind diskriminierende Erfahrungen im alltäglichen Umgang mit anderen Menschen fester Bestandteil ihrer Lebenssituation.

Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen erleben Frauen und Männer mit Behinderungen in unterschiedlichem Masse: Frauen mit Behinderungen geben weniger Probleme im Umgang mit anderen an als Männer mit Behinderungen. Nur 15% der von Häussler et al. (1996) befragten Frauen vermuten, dass Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen mit ihrer Behinderung zusammenhängen, während dies mehr als doppelt so viele Männer (38%) angeben (Häussler, Wacker et al. 1996). Keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen existieren jedoch bei der Frage nach der Art der Beziehungsprobleme. Wenn Menschen mit Behinderungen Schwierigkeiten bei sozialen Kontakten haben, so sind dies vorwiegend Probleme im Umgang mit Menschen ohne Behinderungen. Vor allem die Unsicherheit, Intoleranz und Unsensibilität von Menschen ohne Behinderungen im Umgang mit ihnen wird beklagt.

Diskriminierende Erfahrungen, mit denen Menschen mit Behinderungen konfrontiert werden, erstrecken sich auf unterschiedlichste Lebensbereiche:

Ein Drittel der von Kindheit an von einer Beeinträchtigung betroffenen erwachsenen Befragten erklärt bei Häussler et al. (1996) bereits in Kindergarten oder Schule diskriminierende Erfahrungen gemacht zu haben. Sie seien verspottet worden, hätten nicht mitspielen dürfen oder gar die Schule verlassen müssen wegen ihrer Beeinträchtigung. Auch bei der Berufswahl hat ein Drittel der von Jugend an betroffenen Befragten aufgrund der Beeinträchtigung Einschränkungen erfahren. Entweder war die von ihnen gewünschte Ausbildung für Menschen mit Behinderungen grundsätzlich nicht vorgesehen, oder es gab keine behindertengerechten Ausbildungsplätze für den angestrebten Bereich.

Weitere Bereiche, in denen diskriminierende Erfahrungen erlebt werden, sind das Arbeitsleben (schlechtere Chancen auf dem Arbeitsmarkt und mangelnde Integration im Betrieb), die Mutterschaft (Absprechen des Rechts auf Mutterschaft) und die weibliche Identität (Nicht-

wahrnehmen als geschlechtliches Wesen) (Eiermann et al., 2000). In der Studie von Gredig et al. (2005) berichten lediglich 8% der IV-Rentner/innen, dass sie nicht mit diskriminierenden Erfahrungen konfrontiert sind, bei den Bezüglern/Bezüglerinnen individueller Massnahmen sind es 22%.

Die von Wacker et al. (1998) an Heimbewohner/innen gestellte Frage, ob sie aufgrund ihrer Behinderung schlechte Erfahrungen mit anderen Menschen gemacht haben, wird von 58% der Befragten verneint, von 42% aber bejaht. Das Gefühl, nicht anerkannt oder fair behandelt zu werden, entsteht sowohl aus Interaktionen innerhalb der Einrichtung als auch aus dem Umgang mit Aussenstehenden. Bewohnern/Bewohnerinnen wird von ihren Mitbewohnern/Mitbewohnerinnen und den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen vermittelt, dass ihre Behinderung „untragbar“ sei. Andere fühlen sich von ihren Mitbewohnern/Mitbewohnerinnen psychisch unter Druck gesetzt und sogar physisch bedroht.

Hinzu kommt eine Verstärkung des Diskriminierungsfaktors „Behinderung“ durch den Lebensort „Heim“. Besser als diskriminiert zu werden, erscheint es vielen Bewohnern/Bewohnerinnen, soziale Kontakte ganz zu vermeiden.

#### **2.1.4.10 Allgemeiner Gesundheitszustand**

Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung für die Gestaltung des täglichen Lebensablaufs nach eigenen Wünschen und Vorstellungen. Fehlende oder eingeschränkte Gesundheit engt den Handlungsspielraum einer Person mit einer Beeinträchtigung erheblich ein.

Unabhängig von der Behinderung wurde daher bei Häussler et al. (1996), Eiermann et al. (2000) und Eurostat (2001) der allgemeine Gesundheitszustand für den untersuchten Personenkreis erfragt. Einen guten allgemeinen Gesundheitszustand gibt ein Fünftel an. Dabei zeigt sich der bekannte Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und dem Alter: Jüngere Menschen mit Behinderungen fühlen sich überwiegend gesundheitlich gut und mit zunehmendem Alter steigt der Anteil derer, die sich „schlecht“ und sehr „schlecht“ fühlen (Eiermann et al., 2000). Je schwerer die Beeinträchtigung ist, desto schlechter stufen die Betroffenen ihren Gesundheitszustand ein (Eurostat, 2001).

Der mehrheitlich schlechte Gesundheitszustand von Menschen mit Behinderungen zeigt sich daran, dass die Betroffenen an einer Vielzahl von Beschwerden leiden. Dabei handelt es sich vor allem um psychische Beschwerden wie Erschöpfungszustände, Schlafstörungen, Depressionen und Konzentrationsstörungen, aber auch um physische Beschwerden wie Schmerzen

und Herz-/Kreislaufstörungen (Eiermann et al., 2000; Gredig et al., 2005; Häussler et al., 1996).

Der grosse Anteil von Menschen mit Behinderungen (60 %), die an psychischen Beschwerden leiden (Häussler et al., 1996), macht deutlich, dass die Betroffenen grossen Belastungen ausgesetzt sind. Aufgrund ihrer besonderen Lebenslage gestaltet sich für Menschen mit Behinderungen häufig nicht nur die Organisation ihres Alltags aufwendig und problematisch, sondern sie müssen darüber hinaus auch noch mit dem Gefühl des „Andersseins“ und mit diskriminierenden Erfahrungen im Umgang mit anderen fertig werden. Als Hintergrund von Stimmungsbeeinträchtigungen erweisen sich zudem Sorgen über die unsichere Zukunft, über die Belastung der Familie und über das Alleinsein (Häussler, Wacker et al. 1996).

Ist der Lebensort ein Heim, können solche Problemlagen teilweise reduziert werden. In einer „eigenen kleinen Welt“ könnte ein Klima entstehen, das nur zu einem geringen Mass von Konflikten und diskriminierenden Umgangsstilen geprägt ist. Die Sicherheit eines geordneten Lebensbereiches, feste Regeln und beschützende Strukturen könnten Entlastungsfunktionen für die Bewohner/innen bieten. Allerdings bestehen derzeit im Heim solche Schutzräume nur bedingt, auch dort gehören Diskriminierungen, misslingende soziale Kontakte und bevormundende Strukturen zum Alltagserleben. Zudem wird dieser relative Schonraum Heim für die Bewohner/innen mit dem Preis der Desintegration aus dem gesellschaftlichen Leben und einer gewissen Isolation im Bereich sozialer Kontakte zu Menschen ohne Behinderungen erkaufte. Deswegen überrascht es nicht, dass auch Heimbewohner/innen über psychische Beschwerden klagen wie Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, Erschöpfung, die auf seelische Belastungen hindeuten. Hinter den beschriebenen Stimmungsbeeinträchtigungen stehen Sorgen über die Familie (fehlender Kontakt, Krankheit), Probleme mit sich selbst (Einschränkungen, Krankheiten) und Einsamkeit (Wacker et al., 1998).

#### **2.1.4.11 Lebenszufriedenheit**

Wie Menschen mit Behinderungen ihre Lebenslage insgesamt bewerten, und welches die Schattenseiten der Behinderung sind, lässt sich anhand ihrer (Un-) Zufriedenheit ermitteln. (Un-) Zufriedenheit kann als (Nicht-) Übereinstimmung von wahrgenommener eigener Lage (Ist-Vorstellungen) einerseits und Erwartungen, Ansprüchen und Gerechtigkeitsvorstellungen (Soll-Vorstellungen) andererseits begriffen werden (Hradil, 1999) (S. 407). Da es sich bei (Un-) Zufriedenheit nicht um eine Spiegelung realer Gegebenheiten, sondern um eine mehr

oder minder grosse Differenz zwischen Ist- und Sollvorstellungen handelt, kündigt Zufriedenheit keineswegs immer von einer günstigen Lebenslage. Unzufriedenheit signalisiert auch nicht notwendigerweise eine wirklich schlechte Situation. Unter dem Zufriedenheitsparadox versteht man Zufriedenheit trotz schlechter Lebensbedingungen, was vor allem durch geringe bzw. im Laufe des Lebens reduzierte Ansprüche zu erklären ist. Als Unzufriedenheitsdilemma bezeichnet man Unzufriedenheit trotz einer günstigen Situation, entstehend durch sehr hohe Ansprüche (wegen Vergleichsprozessen mit noch besser Gestellten, wegen eines früheren Lebens im Luxus oder dergleichen).

Die allgemeine Zufriedenheit der von Windisch und Kniel (1993) befragten Erwachsenen mit Behinderungen mit ihrer Lebenssituation weicht nicht nennenswert vom Niveau der Gesamtbevölkerung ab. Neben behinderungsspezifischen Einflüssen kommen bei den Betroffenen ebenso wie bei der Gesamtbevölkerung im wesentlichen sozioökonomische und netzwerkrelevante Zusammenhangsfaktoren zum Tragen.

Die Art der Beeinträchtigung scheint dabei keinen Einfluss auf die Zufriedenheit zu haben: Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen oder Sinnesbeeinträchtigungen fühlen sich nicht als Gruppe zufriedener oder unzufriedener, sondern als individuelle Personen mit unterschiedlichen Biographien und aktuellen Lebenskonstellationen. Indessen sind die Befragten, die einen hohen Hilfebedarf und häufig Schmerzen haben, sich erschöpfter und in stärkerem Masse abhängig fühlen, weniger mit ihrem Leben im allgemeinen zufrieden. Berufstätige, Befragte mit höherem Nettoeinkommen, mit höherem Bildungsniveau, mit grösserem Netzwerk und mit positiver Einschätzung ihrer Kontaktmöglichkeiten sind deutlich zufriedener mit ihrem Leben (Windisch & Kniel, 1993).

Bei den von Wacker et al. (1998) befragten Heimbewohnern/Heimbewohnerinnen beurteilen 47% ihr Leben als zufriedenstellend, und nur ein kleiner Anteil sagt, dass das Leben „weniger schön“ oder „nicht schön“ ist. Mehr als die Hälfte gibt an, viel Freude am Leben zu haben und zwei Drittel meinen, das Leben biete ihnen genügend Chancen, das Beste daraus zu machen.

Lebensfreude ist eine Folge von Ueberlegungen und Empfindungen, die immer eine Abwägung von Umständen enthalten. Um diesen Abwägungsprozess zu stützen, wurde die Einschätzung der Interviewpartner/innen über ihre Lebenssituation im Vergleich zu anderen erhoben. Positive Antworten geben hier verstärkt Hinweise auf Zufriedenheit und ein glückliches Leben der Heimbewohner/innen.

Die meisten Antwortenden (46%) geben an, es gehe ihnen gleich oder ähnlich wie anderen Menschen. 44% denken sogar, dass sie im Vergleich zu anderen besser dran seien (Wacker et al., 1998).

Während die Geschlechtszugehörigkeit der Heimbewohner/innen keine Unterschiede in der Zufriedenheit mit ihrer Lebenslage begründet, besteht ein Zusammenhang mit der Verweildauer. Hier zeigen sich drei Phasen: Nach einer Zeit relativer Zufriedenheit am Anfang des Heimlebens steigt die Unzufriedenheit im Laufe der Jahre. Erst wer länger als fünf Jahre in einer Einrichtung lebt, äussert sich wieder zufriedener mit seinen Lebensumständen. Partnerschaften und Freundschaften steigern die Zufriedenheit der Bewohner/innen. Ebenfalls ein höheres Mass an Wohlbefinden und Einverständnis mit dem eigenen Leben lassen die Betroffenen erkennen, die weniger von strengen Reglementierungen geführt werden und mehr Handlungsspielräume haben (Wacker et al., 1998).

## **2.2 Stress, Ressourcen und Bewältigung**

Die vorangegangenen Kapitel haben gezeigt, dass eine Behinderung nicht ein singuläres Belastungsereignis ist, sondern sich eher als „Kette“ bedrohlicher und beanspruchender Erfahrungen in sehr vielen Lebensbereichen darstellt:

Menschen mit Behinderungen müssen mit Verlusten wie Arbeitslosigkeit fertig werden. Sie sind mit Belastungen wie einem geringen Einkommen, sozialer Isolation, Abhängigkeit von Hilfeleistungen und stigmatisierenden Erfahrungen konfrontiert, welche sie in ihrer individuellen Art und Weise bewältigen müssen.

Lazarus und Folkman (1984) vertreten den Standpunkt, dass die Unterschiede in den individuellen Copingbemühungen dafür verantwortlich sind, ob und in welchem Mass eine Belastungssituation Folgen für das Individuum hat und wie diese aussehen. Für Folkman und Lazarus (1985; 1988) hängt auch die Zufriedenheit mit der Situation, die auf die Belastung folgt direkt von der Bewältigung ab. Die Bewältigung ist also ein zentraler Vermittler zwischen einer belastenden Person-Umwelt-Beziehung und den unmittelbaren und langfristigen Auswirkungen derselben (Folkman et al., 1986).

In diesem Kapitel wird in einem ersten Schritt auf das Stress-Coping-Modell von Lazarus eingegangen (Kapitel 2.2.1.). Dann folgen Erläuterungen zu den personalen Ressourcen (Kapitel 2.2.2) und sozialen Ressourcen (Kapitel 2.2.3). Das Kapitel 2.2.4 fasst verschiedene

Formen von Bewältigungen zusammen und das Kapitel 2.2.5 die Funktionen von Bewältigung. Die personalen und sozialen Ressourcen und die Bewältigungsstrategien sollten eine Anpassung an eine Behinderung erleichtern. Daher wird im Kapitel 2.2.6 auf die Effektivität von Bewältigung eingegangen. Abgeschlossen wird dieser Teil der Arbeit mit einer Differenzierung zwischen dispositionellen, kontextuellen und integrativen Konzepten der Bewältigung (Kapitel 2.2.7) und einigen empirischen Ergebnissen zur Mediatorwirkung der Bewältigung (Kapitel 2.2.8).

### **2.2.1 Das Stress-Coping-Modell nach Lazarus**

Das transaktionale Stressmodell von Lazarus (R. S. Lazarus & Folkman, 1984) geht von einer psychisch vermittelten und gestalteten Person-Umwelt-Beziehung aus. Es betont, dass man Umweltreizen nicht bloss passiv unterworfen ist, sondern dass man ihnen persönliche Bedeutung zuschreibt und zu ihnen Stellung bezieht. Es handelt sich dabei vor allem um eine kognitive Auseinandersetzung des Ich mit den Ansprüchen der Aussenwelt, wobei sich Person und Umwelt im Fluss des Geschehens wechselseitig bedingen. Nach jedem Erkenntnis- oder Regulationsschritt haben sich beide Seiten aufgrund gegenseitiger Beeinflussung verändert. Ein solcher Vorgang heisst Transaktion.

In der Auffassung von Lazarus ist Stress also ein relationales Phänomen, das aus der Beziehung zwischen einer Person mit ihren Fähigkeiten und den an sie gestellten Anforderungen aus der Umwelt entsteht. Als Stress definiert Lazarus jedes Ereignis, bei dem äussere oder innere Anforderungen die Anpassungsfähigkeit eines Individuums beanspruchen oder übersteigen und sein Wohlbefinden gefährden, falls sie nicht bewältigt werden können (R. S. Lazarus & Folkman, 1984).

Jedes stressende Ereignis wird von der betroffenen Person nach zwei Gesichtspunkten bewertet: Die primäre Einschätzung bezieht sich darauf, inwiefern das Wohlbefinden beeinträchtigt wird, die sekundäre Bewertung betrifft die Bewältigungsanforderungen und -möglichkeiten. Es werden drei Arten von primären Stressbewertungen unterschieden: Schädigung oder Verlust, Risiko oder Bedrohung und Herausforderung. Risiko/Bedrohung beziehen sich auf ein zukünftiges Stressereignis; Schädigung/Verlust beziehen sich auf ein bereits eingetretenes Ereignis, das einen Schaden mit sich brachte; Herausforderung meint ein zukünftiges Stressereignis, das als Möglichkeit zu persönlicher Entwicklung aufgefasst wird. Schädigungs-, Verlust-, Risiko- und Bedrohungsbewertungen sind durch negative Emotionen wie Zorn,

Furcht oder Angst gekennzeichnet, während Herausforderungen eher von angenehmen Emotionen begleitet sind.

Ist eine Situation als stressrelevant eingeschätzt und hinsichtlich Risiko/Bedrohung, Schädigung/Verlust und Herausforderung differenziert, so werden in sekundären Einschätzungsprozessen alle materiellen, sozialen und persönlichen Bewältigungsmöglichkeiten auf deren Wirksamkeit zur Bewältigung der Stresssituation hin überprüft. Dabei werden für jede kognitiv verfügbare Bewältigungsform zweierlei Aspekte berücksichtigt:

- (a) Die Erfolgswahrscheinlichkeit der Bewältigungsmöglichkeit, d.h. die Wahrscheinlichkeit, dass diese im intendierten Sinne erfolgreich ist und
- (b) Die Wahrscheinlichkeit, dass man selbst eine Bewältigungsform wirksam ausführen kann.

Stress ist nach diesem Modell also ein Phänomen, dass nicht durch bestimmte objektive Reize oder Stressoren entsteht, sondern durch eine Diskrepanz zwischen Anforderungen der Umwelt und Fähigkeiten einer Person. Nicht die objektiven Anforderungen bedingen diese Diskrepanz, sondern subjektive Wahrnehmungen und Interpretationen derselben und ihre Relation zur Einschätzung eigener Fähigkeiten. Stressbedeutsam wird eine solche Diskrepanz nur, wenn sie eigene Bedürfnisse bedroht.

Die Bewältigung, das heisst die Art und Weise, wie wir mit Anforderungen umgehen, stellt den zweiten Kernpunkt kognitiver Stresstheorien dar. Stress ist ein universelles Phänomen, die ungünstigen oder günstigen Stressfolgen hingegen werden durch die jeweiligen Bewältigungsstrategien erzeugt. Unter Bewältigung verstehen Lazarus und Folkman (1984) verhaltensorientierte und intrapsychische Bemühungen, mit umweltbedingten und internen Anforderungen fertig zu werden, die die Fähigkeiten einer Person beanspruchen oder übersteigen. Bewältigung hat dabei zwei Funktionen zu erfüllen: Einerseits muss die stressauslösende Situation gehandhabt, andererseits die emotionale Reaktion reguliert werden. Es gibt also immer einen Problemlösungs- und einen emotionalen Aspekt. Die problemzentrierte und die emotionszentrierte Funktion der Bewältigung beeinflussen sich wechselseitig: Erste Erfolge bei der Bewältigung eines Problems wirken sich meist positiv auf das Befinden aus.



Da Stress ein Geschehen ist, das durch die Beziehung von Person und Umwelt (und Aufgabe) bestimmt wird, liegt es auf der Hand, dass Variablen auf beiden Seiten Einfluss auf die primäre und sekundäre Bewertung und auf die Bewältigung haben.

An Bedingungen auf Seiten der Umwelt spielen etwa zeitliche Distanz einer Bedrohung und ihre Mehrdeutigkeit eine Rolle, die Stärke von Stressfolgen und ihre Dauer, der Bekanntheitsgrad einer Situation und die Wahrscheinlichkeit eines Ereignisses.

Zu den wichtigen Faktoren der Bewältigung auf der Seite der Person gehören laut Lazarus und Folkman (1984) Ueberzeugungen und moralische Verpflichtungen. Ueberzeugungen sind vorgängig existierende Vorstellungen über die Realität, welche als Wahrnehmungsbrille dienen. Sie determinieren die subjektive Wahrnehmung einer gegebenen Stresssituation. Moralische Verpflichtungen sind laut Lazarus und Folkman (1984) eigentlich Werthaltungen, Ideale und Ziele, also die Dinge, die einer Person wichtig sind. Derartige Verpflichtungen sind ebenfalls wichtige Determinanten der primären Stressbewertung. Je eher in einer Stresssituation zentrale Werte und Ziele tangiert werden, umso stärker steigt der Grad der potentiellen Bedrohung.

Als weitere Modifikatoren im Stressgeschehen gelten auf der Seite der Person die sogenannten Ressourcen, d.h. die Quellen von Fähigkeiten und Möglichkeiten, über die eine Person in einer Stresssituation verfügt. Lazarus und Folkman (1984) unterscheiden physische, soziale, psychologische und materielle Ressourcen. Zu den physischen Ressourcen werden Gesundheit, Energie und Widerstandskraft gezählt. Die psychologischen Ressourcen beinhalten zum Beispiel Einstellungen, die das Aufrechterhalten von Hoffnung in widrigen Situationen unterstützen, Problemlösefähigkeiten, Selbstwertgefühl usw. Zu den materiellen Ressourcen können sämtliche materiellen Aktiva gezählt werden wie Geld, Ausrüstungsgegenstände usw. Die sozialen Ressourcen umfassen das soziale Netzwerk einer Person, aus dem sie Information und Beratung, konkrete Hilfe und emotionale Unterstützung beziehen kann.

Die Ausführung von Bewältigung verändert sowohl die Situation wie auch die eigene Befindlichkeit, worauf eine evaluative Sequenz der Neubewertung erfolgt. Die Konsequenzen von Bewältigung können sich in der Gesundheit, im Wohlbefinden, im sozialen Umgang abbilden. Im zeitlichen Verlauf stellen sie die Endpunkte einer Stress- und Copingepisode dar. Sie können nun ihrerseits als Ressource oder Ressourcendefizit in der nachfolgenden Person-Umwelt-Transaktion zur Wirkung kommen. Durch eine solche Interpunktion der Ereignisfolge verschiedener Stressepisoden ergibt sich eine klare Trennung in Bedingungen der Person

und der Umwelt, kognitive Einschätzungen, Bewältigung und Konsequenzen für jede Episode. Dadurch wird es möglich, solche Prozesse analysierbar zu machen (siehe Abbildung 1).

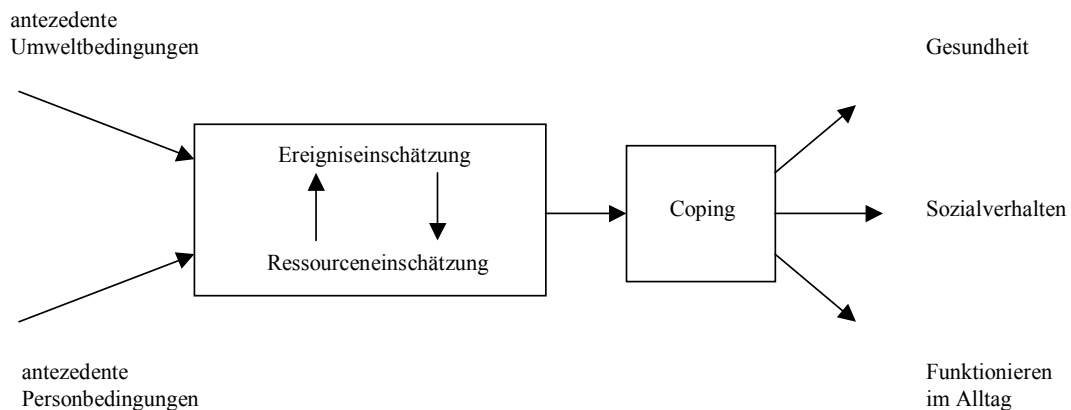


Abb. 1: Modell des Stress- und Copingprozesses in Anlehnung an Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984)

Eines der grössten Probleme des transaktionalen Stressmodells von Lazarus ist die Vernachlässigung der Frage nach den Merkmalen der objektiven Umwelt, welche den Stressprozess in Gang setzen können. Die Beschränkung auf subjektive Bewertungen als Referenz für Stress bedeutet aber, dass Ereignisse katastrophalen Ausmasses von kleinen Alltagsärgernissen nicht zuverlässig unterschieden werden können. Es ist aber unumstritten, dass es physikalisch erfassbare und konsensuell einschätzbare Merkmale der Umwelt gibt, welche bei fast jedem Betroffenen Belastungen und Stress bewirken. Dazu gehören Ereignisse, die unmittelbar die Gesundheit oder das Ueberleben bedrohen, wie etwa das Fehlen von Nahrung und Schlafgelegenheit, extreme Temperaturen, Gifte, Unfälle oder das Erleiden schwerer Krankheiten wie zum Beispiel Krebs und AIDS (Vollrath, 1997).

Dass das Bewältigungsverhalten bei Lazarus primär auf der subjektiven Ressourceneinschätzung, weniger dagegen auf den objektiven Voraussetzungen, d.h. dem tatsächlichen Vorhandensein von Ressourcen beruht, wurde auch von Hobfoll (S. E. Hobfoll, 1989) kritisiert. Nach Hobfoll tritt Stress als Reaktion auf die Umwelt auf, und zwar wenn der Verlust von Ressourcen droht, der tatsächliche Verlust von Ressourcen eintritt oder der adäquate Zugewinn von Ressourcen nach einer Ressourceninvestition versagt bleibt. Er unterscheidet dabei zwischen objektiven Ressourcen (z. B. Wohnung, Nahrung, Auto, Kleidung), Bedingungen (z. B. Alter, soziale Rollen, Gesundheitszustand, Partnerschaft), persönliche Ressourcen (persönliche Fähigkeiten, Persönlichkeitseigenschaften) und Energie (z. B. Zeit, Geld und Wissen). Personen mit vielen Ressourcen sind nach Hobfoll (1989) weniger gegenüber Verlusten verletzlich und können ihre Ressourcen besser gewinnbringend einsetzen. Bei Personen hingegen mit einem Mangel an Ressourcen führen ursprüngliche Verluste zu weiteren Verlusten in der Zukunft. Als Reaktion darauf nehmen diese Personen häufig eine defensive Haltung ein, um die noch wenig vorhandenen Ressourcen zu schützen.

### **2.2.2 Personale Ressourcen**

Als weiterer Kritikpunkt kann angeführt werden, dass bei Lazarus traitpsychologische Persönlichkeitskonzepte und insbesondere traitartige Bewältigungsdimensionen explizit abgelehnt wurden, mit der Begründung, sie seien zu statisch, zu reduktionistisch und hätten keinen signifikanten Vorhersagewert bezüglich der Konsequenzen von Stress (Cohen, 1973). Dagegen wurde eingeräumt, dass kognitive Persönlichkeitskonzepte wie Ziele, Projekte, Ueberzeugungen und Strebungen Wirkungen auf die primären und sekundären Bewertungen haben (R. S. Lazarus & Folkman, 1984). Andere Ansatzpunkte für die Effekte der Persönlichkeit, etwa direkte Wirkungen auf die Situation, die Bewältigung oder die Stresseemotionen waren dagegen nicht vorgesehen (Folkman & Lazarus, 1988).

Der Ablehnung traitpsychologischer Persönlichkeitskonzepte können mittlerweile gerade in der Forschung zur Krankheitsbewältigung eine Reihe von Ergebnissen entgegengehalten werden:

Unter den verschiedenen personalen Ressourcenkonstrukten wurden bislang am häufigsten *positive Erwartungshaltung* als Prädiktor der Krankheitsbewältigung untersucht. Hierzu zählen insbesondere *dispositioneller Optimismus* (Scheier & Carver, 1992; Scheier, Weintraub, & Carver, 1986), *internale Kontrollüberzeugungen* (Rotter, 1966) und *Selbstwirksamkeitserwar-*

tungen (Schwarzer, 1993; 1994). Das *Selbstwertgefühl* fungiert dabei meist als abhängige Variable, in der Annahme, dass der Selbstwert durch die Folge einer Beeinträchtigung besonders bedroht ist und gravierenden Veränderungen unterliegen kann. Weitere Konstrukte, die generalisierte Erwartungshaltungen theoretisch integrieren, sind die multidimensionalen Variablen „*Hardiness*“ (Kobasa, 1979), „*Kohärenzsinn*“ (Antonovsky, 1990) und „*Selbstregulationskompetenz*“ (K.E.E. Schröder & Schwarzer, 1995). All diese Persönlichkeitsvariablen sind bereits theoretisch als personale Ressourcen konzipiert und gelten als Grundlagen einer effizienten Selbstregulation: Sie sind mit der Neigung zu depressiven Verstimmungen inkompatibel, sollen die Stressbewertung positiv beeinflussen und aktive, adaptive und problemorientierte Formen der Bewältigung stressreicher Situationen fördern.

Da in der vorliegenden Studie die Selbstwirksamkeit und die „Big-Five“ erfasst wurden, werden sie im Folgenden ausführlicher dargestellt:

#### *Generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung*

Generalisierte Selbstwirksamkeitserwartungen (auch als optimistische Kompetenzerwartungen oder optimistische Selbstüberzeugungen bezeichnet) (Schwarzer, 1994) beinhalten ein grundlegendes Vertrauen in die eigene Kompetenz, Probleme zu lösen und Schwierigkeiten überwinden zu können. Die bislang durchgeführten Studien zu dieser Variable berichten einhellig über positive Effekte auf das emotionale Empfinden und die Funktionsfähigkeit von Menschen mit einer Beeinträchtigung (Appel & Hahn, 1997; Aymanns, 1992; Devins et al., 1982; Ell, Mantell, Hamovitch, & Nishimoto, 1989; S.E. Hobfoll & Walfisch, 1984; K.E.E. Schröder, Schwarzer, & Konertz, 1996; C. A. Smith & Wallston, 1992). Appel und Hahn (1997) fanden negative Zusammenhänge zwischen Selbstwirksamkeit, Angst und Depressivität sowie körperlichen Beschwerden in einer Stichprobe von 123 Krebspatienten/Krebspatientinnen. In einer Studie von Ell et al. (1989) an 369 Krebspatienten/Krebspatientinnen standen Selbstwirksamkeitserwartungen in engem Zusammenhang mit emotionalen Befinden und mentaler Gesundheit und waren mit geringeren Beeinträchtigungen in der Ausübung sozialer Rollen verbunden. Aymanns (1992) fand bei Krebspatienten/Krebspatientinnen in Verbindung mit hohen Kompetenzerwartungen eine positives Selbstwertgefühl und geringe Resignationstendenzen als Reaktion auf die Krankheit. Selbstwirksamkeitserwartungen fördern offenbar eine aktive Krankheitsbewältigung durch die „Suche nach sozialer Einbindung“, und wirken einer ruminierenden Auseinandersetzung mit der Krankheit entgegen (Appel & Hahn, 1997; Aymanns, 1992).

„Big-Five“

Das Fünf-Faktoren-Modell ist im letzten Jahrzehnt zu einem eigentlichen Standard in der empirischen Persönlichkeitsforschung geworden. Trotz aller Skepsis und Kritik muss es wohl als das im Moment empirisch am besten fundierte faktorenanalytische Persönlichkeitsmodell betrachtet werden (Block, 1995). Die Faktoren des Modells heissen: Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, Emotionale Stabilität (bzw. Neurotizismus) und Kultur.

Eine Fülle empirischer Arbeiten hat gezeigt, dass v.a. Extraversion und Emotionale Stabilität (bzw. Neurotizismus) substantielle Prädiktoren von Stress und Bewältigung sind:

Extraversion bzw. Soziabilität sagt problemzentrierte Bewältigung relativ gut vorher (Amirkhan, Risinger, & Swicker, 1995; Mc Crae & Costa, 1990; Rim, 1987; Vollrath, Banholzer, Caviezel, Fischli, & Jungo, 1994; Vollrath, Torgersen, & Alnae, 1995; zit. nach Vollrath, 1997).

Als wichtigster Prädiktor von Vermeidungsstrategien wie Wunschdenken, Abschweifen in Phantasien, Ablenken und Verleugnung hingegen figuriert der Neurotizismus (Bolger, 1990; Carver, Weintraub, & Scheier, 1989; Holahan & Moos, 1987; Jerusalem & Schwarzer, 1989; T. W. Smith, Pope, Rhodewalt, & Poulton, 1989; Vollrath et al., 1994; Vollrath et al., 1995; zit. nach Vollrath, 1997).

### **2.2.3 Soziale Ressourcen**

Um die sozialen Ressourcen erörtern zu können, müssen zunächst einige konzeptionelle Differenzierungen vorgenommen werden. Als Prädiktoren der Krankheitsbewältigung werden häufig soziale Integration, verschiedene Formen der sozialen Unterstützung und qualitative Beziehungsaspekte herangezogen. Soziale Integration bezieht sich auf das Vorhandensein und das Ausmass von Sozialkontakten und umfasst Merkmale wie Struktur, Grösse, Dichte und Homogenität des sozialen Netzwerkes (Leppin & Schwarzer, 1997; Schwarzer & Leppin, 1991). Soziale Unterstützung kann dagegen als eine spezifische Klasse sozialer Beziehungsmuster aufgefasst werden, die durch die Asymmetrie der Beziehung zwischen einem hilfeleistenden und einem hilfeempfangenden Part gekennzeichnet ist und darauf abzielt, stresserzeugende Anforderungen und deren emotionale Folgen auf Seiten des Hilfeempfängers/der Hilfeempfängerin zu reduzieren, Funktionsausfälle zu kompensieren und/oder eine aktive und effiziente Bewältigung der stresserzeugenden Bedingungen beim Hilfeempfänger/bei der Hilfeempfängerin zu fördern. Dass soziale Integration nicht mit sozialer Unterstützung gleichzu-

setzen ist, wird deutlich, wenn die Anforderungen, Konflikte und Verhaltenseinschränkungen berücksichtigt werden, die die negativen Aspekte sozialer Beziehungen ausmachen.

Es gibt eine Reihe von Hinweisen darauf, dass soziale Integration eher mit Morbidität und Mortalität in Zusammenhang steht (Berkman, 1995), soziale Unterstützung dagegen eher mit der Adaption an eine Beeinträchtigung. Eine ganze Reihe von Studien berichtet über erhöhte Mortalitätsraten bei Koronar- und Postinfarktpatienten mit mangelnder sozialer Einbindung (Case, Moss, & Case, 1992; Orth-Gomer, Unden, & Edwards, 1988; Ruberman, Weinblatt, Goldberg, & Chaudhary, 1984; Seeman & Syme, 1987; Williams, 1992) (im Ueberblick (Berkman, 1995)). Auf welchem Wege soziale Integration eine solche protektive Wirkung entfaltet, ist bislang noch weitgehend ungeklärt. Angenommen wird, dass soziale Integration physiologische Stressparameter günstig beeinflusst und damit unmittelbar gesundheitsfördernd wirkt und/oder indirekte Wirkungen auf den Gesundheitszustand ausübt, indem das soziale Umfeld ein gezieltes Gesundheitsverhalten der Person mit einer Beeinträchtigung fördert (Berkman, 1995).

Studien, in denen Effekte von sozialer Integration und sozialer Unterstützung auf die Krankheitsbewältigung simultan untersucht wurden, sprechen für einen dominierenden Einfluss unterstützender Beziehungen gegenüber reinen Netzwerkvariablen:

21 Patienten/Patientinnen mit myotrophischer Lateralsklerose wurden in der Studie von Boeker et al. (1990) ambulant zu Hause oder in Pflegeeinrichtungen nachuntersucht. Erhoben wurden Krankheitsverlauf, neurologischer und psychischer Befund, Grad der Behinderung im Alltag, Qualität der medizinischen Betreuung, Dichte des sozialen Netzwerks und Ausmass der sozialen Unterstützung. Nach übereinstimmendem Urteil der Betroffenen, ihrer Bezugspersonen und der Untersuchenden litten drei Viertel der Personen an einer mässigen oder schweren reaktiv-depressiven Verstimmung. Bedeutsam für deren Ausprägung war der Grad der Behinderung im täglichen Leben und die soziale Unterstützung. Einsame Personen konnten die Erkrankung besonders schlecht bewältigen, auch wenn regelmässige Betreuung sichergestellt war.

In einer Untersuchung von Kulik und Mahler (1989) an 72 Herzpatienten/Herzpatientinnen vor und nach einer Bypassoperation hatte das Vorhandensein einer Partnerbeziehung keinen Einfluss auf die postoperative Rekonvaleszenz. Es zeigte sich jedoch ein Moderatoreffekt der sozialen Unterstützung durch den Partner/die Partnerin: Patienten/Patientinnen mit

einem Ehepartner/einer Ehepartnerin, der/die häufig zu Besuch in die Klinik kam, konnten die Intensivstation schneller verlassen und schneller aus dem Krankenhaus entlassen werden als Patienten/Patientinnen, die selten Besuch von ihrem Partner/ihrer Partnerin erhielten. Patienten/Patientinnen ohne Partner/in wiesen mittlere Entlassungszeiten auf. Auch nahmen Patienten/Patientinnen, die viel Unterstützung durch den Ehepartner/die Ehepartnerin erhielten, weniger Schmerzmedikamente ein als Ledige und Verheiratete mit wenig Unterstützung (J.A. Kulik & Mahler, 1989). In einer weiteren Längsschnittuntersuchung prüften die Autoren den Einfluss von Ehebeziehung und emotionaler Unterstützung auf das Befinden von 81 Bypass-Patienten/Patientinnen (J. A. Kulik & Mahler, 1993). Angst und Depression, Rauchabstinenz und körperliche Aktivität im Jahr nach der Operation standen lediglich mit dem Ausmass der emotionalen Unterstützung, nicht aber mit dem Vorhandensein einer Partnerbeziehung in Zusammenhang. Auch die Studie von Schröder et al. (1996) kommt bei Herzpatienten/Herzpatientinnen zum Schluss, dass reine Netzwerkvariablen (Integration in eine Partnerschaft, Grösse des sozialen Netzwerks) auf das Befinden und die Rekonvaleszenz der Patienten/Patientinnen keinen Einfluss ausüben. Demgegenüber korrelieren soziale Unterstützung und Einsamkeit (als Negativ-Indikator für die Intimität sozialer Beziehungen, vgl. Fontana et al. (1989)) signifikant mit emotionalem Befinden vor und nach der Operation, stehen mit geringerem Ausmass an krankheitsbezogenen Besorgnissen sowie mit verschiedenen Kriterien der postoperativen Erholung in Zusammenhang.

Insgesamt legen die Befunde nahe, dass die bedeutsamste soziale Ressource in der Qualität der sozialen Beziehungen zu suchen ist. Insbesondere emotionale Nähe, Intimität, Zusammenhalt und Konfliktfreiheit in den ehelichen und familiären Beziehungen scheinen den Bewältigungserfolg günstig zu beeinflussen (Coyne, Ellard, & Smith, 1990; Rook, 1984).

#### **2.2.4 Formen der Bewältigung**

Hinsichtlich der Einteilung der Vielzahl verschiedener Bewältigungsformen unterscheiden Laux und Weber (1993) *theoretische*, *empirische* oder *unidimensionale* Klassifikationssysteme.

Ein Beispiel für eine komplexe *theoretische Klassifikation* von Bewältigungsstrategien ist das System von Lazarus und Launier (1978). Die Autoren unterscheiden zwischen vier Bewältigungsklassen: Informationssuche, direkte Handlung, Unterdrückung von Handlungen und intrapsychische Prozesse. Zusätzlich klassifizieren sie Bewältigungsprozesse nach ihrer zeitli-

chen Orientierung (Vergangenheits-/Gegenwarts-/Zukunftsorientiertheit), wie auch nach ihrem Fokus (eigene Person vs. Umgebung) und ihrer Funktion (instrumentell vs. palliativ). Alle Kombinationen aus den vorgestellten Klassifizierungsmerkmalen sind möglich.

So ist beispielsweise ausgehend vom Stressereignis „Verlust der Arbeitsplatzes“ das Einüben von Entspannungstechniken eine gegenwartsorientierte, palliative, selbstbezogene und intrapsychische Bewältigungsform. Die Sichtung von Stellenangeboten könnte hingegen als zukunftsorientierte, instrumentelle, umweltbezogene und informationssuchende Bewältigungshandlung klassifiziert werden.

Ein weiteres Beispiel für eine theoretische Klassifikation ist das System von Fillip und Klauer (1988), die die drei Dimensionen Aufmerksamkeitsorientierung (ereignisdistanziert bzw. ereigniszentriert), Soziabilität (sozialer Rückzug bzw. Einbeziehen anderer) und Kontrollebene (aktional bzw. innerpsychisch) unterscheiden. Die Kombination dieser drei hypothetisch orthogonalen Dimensionen ergibt  $2^3=8$  theoretisch homogene Gruppen von Bewältigungsreaktionen.

Die *empirisch a-posteriori* ermittelten Klassifikationen von Bewältigungsreaktionen basieren in der Regel auf Faktorenanalyse, Clusteranalyse oder Inhaltsanalyse.

Hasenbring (1988) hat als Beispiel dieses Ansatzes Bewältigungsstrategien, die in vorliegenden empirischen Untersuchungen bei Krebspatienten/Krebspatientinnen Verwendung fanden, anhand der Dimensionen „aktiv vs. passiv“ und „die Aufmerksamkeit auf Anforderungen richten vs. von den Anforderungen abwenden“ kategorisiert (siehe Tabelle 2). Pro Gruppe findet man dabei Bewältigungsstrategien sowohl auf der kognitiven, emotionalen als auch auf der Verhaltensebene.



Tab. 2: Strategien der Krankheitsbewältigung in einem zweidimensionalen Modell  
(Hasenbring, 1988) (S. 126)

	Eher aktiv	Eher passiv
Aufmerksamkeitszuwendung	Informationssuche Problemanalyse Positive Phantasien Kognitionen der Selbstwirksamkeit Sinnggebung Konstruktive Aktivität Suche nach sozialer Unterstützung Aktive Compliance Aktive Entspannung	Stoizismus/Fatalismus Grübeln Schuldzuschreibung Passive Compliance Klagsamkeit
Aufmerksamkeitsabwendung	Kognitive Umstrukturierung Ablenkende Aktivitäten Suche nach ablenkenden sozialen Kontakten Humor	Nicht-Wahrhabenwollen Aktivitäten meiden Sozialer Rückzug Non-Compliance

In einer Uebersicht über sieben Untersuchungen, die die erfassten Bewältigungsstrategien mittels Faktorenanalyse klassifiziert haben, stellt Heim (1998) zwar keine terminologische aber doch eine gewissen inhaltliche Uebereinstimmung der Faktorenlösungen fest.

Danach lassen sich folgende wesentliche Bewältigungsstrategien im Umgang mit einer Krankheit identifizieren:

- aktives Problemlösen/Selbstkontrolle
- Suche nach sozialer Unterstützung
- Verleugnen/Wunschdenken/Distanzieren
- Flucht/Vermeidung/Ablenkung
- Depressive Verarbeitung/Resignation

Die Tatsache, dass diese Faktorenlösungen mit verschiedenen Messinstrumenten ermittelt und an unterschiedlichen Stichproben erhoben wurden, unterstreicht nach Ansicht des Autors die Plausibilität dieser begrifflichen a-posteriori-Klassifikationen (Heim, 1998).

Unter *unidimensionalen Klassifikationen* verstehen Laux und Weber (1993) einfache Gruppierungen in zwei oder mehr Kategorien, wie etwa die gängige Unterscheidung nach aktionalen und intrapsychischen Bewältigungsformen oder Zuwendung und Abwehr.

Unter aktionalen Bewältigungsformen, die offenes Verhalten beinhalten, versteht man neben den direkt problemlöseorientierten Handlungen auch andere Verhaltensweisen wie aktives Vermeidungs- und Fluchtverhalten, Suche nach sozialer Unterstützung, Entspannung oder Genussmittelkonsum. Bei den intrapsychischen Bewältigungsformen unterscheiden Laux und Weber (1990) „defensive“ (z.B. Verdrängung, Verneinung), „evasive“ (z.B. Bagatellisierung, Ablenkung), „positiv konnotierte“ (z.B. positive Selbstinstruktion, Sinngebung) und „selbst-zentrierte“, insbesondere selbstabwertende (z.B. Selbstbemitleidung, Selbstbeschuldigung) Formen der intrapsychischen Bewältigung. Zu diesen Bewältigungsformen zählen sie auch die Abwehrmechanismen.

### **2.2.5 Funktionen der Bewältigung**

Nach Lazarus und Folkman (1984) können die Bewältigungsbemühungen einer Person erstens auf eine Veränderung der gestörten Person-Umwelt-Beziehung abzielen (problemorientierte oder instrumentelle Bewältigung) oder zweitens auf die Regulierung emotionaler Reaktionen gerichtet sein, die aus diesem Ungleichgewicht resultieren (emotionsorientierte oder palliative Bewältigung).

Zur problemorientierten Bewältigung zählen neben den Versuchen, die Situation selbst zu verändern, auch Bemühungen, eigene Merkmale wie z.B. Ziele, Werte oder Einstellungen zu verändern und dadurch zu einer Neubewertung der Situation zu gelangen.

Unter emotionsorientierter Bewältigung versteht man alle Bemühungen einer Person, negative Gefühle wie Angst, Ärger, Schuld, Neid oder Kränkung zu reduzieren. Aber auch eine zeitweise Steigerung der Gefühlsintensität wie z.B. Selbstbeschuldigung, Selbstbemitleidung oder eine verstärkter Emotionsausdruck, kann zur Emotionsregulation beitragen.

Emotions- und Problemorientierung sind nicht als sich gegenseitig ausschliessende Kategorien zu verstehen. Eine konkrete Bewältigungsreaktion kann durchaus beiden Funktionen dienen (Laux & Weber, 1990).

Moos und Schaefer (1993) bezeichnen Coping als stabilisierenden Faktor, der dazu beiträgt, die psychosoziale Anpassung unter Belastung aufrechtzuerhalten, indem kognitive und verhaltensbezogene Anstrengungen unternommen werden, um die belastenden Umstände und resultierenden emotionalen Stress zu vermindern oder zu eliminieren. Die Autoren sehen die primäre Funktion von Bewältigung also im Dienst der psychologischen Anpassung. Ähnlich argumentieren Fillip und Klauer (1988). Ihrer Meinung nach ist Bewältigungsverhalten immer

ausgerichtet auf die Wiederherstellung oder Aufrechterhaltung der Handlungsfähigkeit und der physischen und psychischen Unversehrtheit. Eine wesentliche Funktion der Bewältigung besteht dabei darin, Ressourcen im Dienst der psychologischen Anpassung zu aktivieren.

Nach Moos (1988) dient die Bewältigung zusätzlich dazu, zu verstehen und ein Bedeutungsmuster in einer Situation zu erkennen. Der Prozess der Bewertung und Neubewertung ist insofern eine Form der Bewältigung, als er zur Modifikation der Bedeutung einer Situation und zum Verstehen der von ihr ausgehenden Bedrohung beiträgt.

In der Tabelle 3 sind die Erkenntnisse der beiden vorangehenden Kapitel bezüglich Form und Funktion von Bewältigung in einem Klassifikationssystem zusammengefasst.

Tab. 3: Klassifikation von Bewältigungsreaktionen (Kaluza & Vögele, 1999)

Funktion:	problemorientiert		emotionsorientiert	
Form:	aktional	intrapsychisch	aktional	intrapsychisch
Zuwendung	Informationssuche, aktives Problemlösen, Suche nach instrumenteller Hilfe	Umbewerten der Situation, Einstellungsänderung	Emotionsausdruck, Suche nach emotionaler Unterstützung, aktive Erregungskontrolle	Gedankliche Beschäftigung mit den Gefühlen, Selbstinstruktion
vs.				
Abkehr	Flucht, aktives Vermeiden	Ablenkung, Wunschdenken	Sport, euthymes Verhalten	Verleugnung, „an etwas Positives denken“, gedankliche Selbstbestätigung

## 2.2.6 Effektivität von Bewältigung

Die Frage nach der Wirksamkeit von Bewältigung ist nicht nur von grossem theoretischen Interesse. Die Identifikation „erfolgreicher“ Bewältigungsformen ist gerade für die Planung geeigneter Interventionsmassnahmen im Bereich der Prävention und Rehabilitation von zentraler Bedeutung (Heim, 1998; Kaluza & Vögele, 1999; Weber, 1994).

Ob einzelne Bewältigungsstrategien als hilfreich oder schädigend, passend oder unpassend, geeignet oder ungeeignet, wirksam oder nutzlos bewertet werden, hängt vor allem von den jeweils gewählten Kriterien der Effektivitätsmessung ab. Dabei reichen die in der Forschung

eingesetzten Effektivitätskriterien von somatischen Verlaufskriterien (z.B. rezidivfreie Zeit, Ueberlebenszeit, somatische Beschwerden, Behinderungen, etc.) über Kriterien der Lebensqualität und sozialer Funktionsfähigkeit bis hin zur reinen Befindlichkeitsmessung.

Weber (1994) nennt drei Aspekte, die bei der Einordnung von Studien zur Effektivität von Bewältigung zu klären sind. Erstens ist zu unterscheiden, ob es sich um theoretische a-priori Effektivitätsbestimmungen handelt, oder ob die Erfolgsmessung auf empirischem Weg durchgeführt wurde. Zweitens ist zu berücksichtigen, welches Effektivitätskriterium gewählt wurde und drittens, welches Forschungsdesign zur Anwendung kommt. Diese drei Aspekte sollen im Folgenden kurz erläutert werden.

#### **2.2.6.1 Theoretische vs. empirische Effektivitätsbestimmungen**

Bei den theoretischen a-priori Bewertungen werden bestimmte Bewältigungsformen schon vorab als effektiv oder ineffektiv postuliert (Haan, 1977). Obwohl die dabei zugrunde gelegten theoretischen Ansätze sehr unterschiedlich sind, stimmen die Vorstellungen darüber, wie effektive Bewältigung aussieht, relativ gut überein. Weber (1994) fasst die verschiedenen a-priori Formulierungen wie folgt zusammen: „Als effektiv gilt das realitätsbezogene, situationsflexible Herangehen an Probleme mit einer der Probleminangriffnahme dienlichen Emotionskontrolle. Passiv-resignatives, der Realität entfliehendes, evasives oder defensives und emotionsbetontes Verhalten wird dagegen als dysfunktional gewertet“ (Weber 1994, S. 51).

Demgegenüber steht die empirische Position, die den Standpunkt vertritt, dass keine Bewältigungsform von vornherein als effektiv oder ineffektiv bewertet werden kann, da erst die Einbeziehung des jeweiligen Kontextes mit den verschiedenen Einflussfaktoren eine adäquate Beurteilung möglich macht (Lazarus & Folkman, 1984).

Dementsprechend variiert in empirischen Effektivitätsstudien die Beurteilung einzelner Bewältigungsformen in Abhängigkeit von Situation und Art der Belastung. Dennoch lassen sich einige Formen der Bewältigung identifizieren, die relativ unabhängig vom situativen Kontext sind. Als effektiv erweisen sich problemzentriertes Handeln und positive Umdeutung der Situation (z.B. durch Bagatellisierung oder Relativierung). Als ineffektive Strategien der Bewältigung wurden realitätsfliehende Wunschphantasien, passiv-resignatives Verhalten und Selbstbeschuldigung ermittelt (Heim, 1998; Kaluza & Vögele, 1999).

Die erwiesenen effektiven Bewältigungsstrategien stehen dabei in Zusammenhang mit einer besseren Prognose bei unterschiedlichsten Beeinträchtigungen wie bei depressiven Patienten/Patientinnen (Billings & Moos, 1985; Holahan, Moos, & Schaefer, 1996; Swindle, Cronkite, & Moos, 1989), bei Herzkrankheiten (Scheier et al., 1989), Krebserkrankungen (Dunkel-Schweter, Feinstein, Taylor, & Falke, 1992; Heim, 1988) und Alkoholabhängigkeit (R. H. Moos, Finney, & Cronkite, 1990).

### **2.2.7.2 Effektivitätskriterien**

Personale und soziale Ressourcen und auch effektive Bewältigungsstrategien sollten die „Adaption“ an eine Beeinträchtigung erleichtern. Hinter dem Begriff „Adaption“ verbergen sich jedoch eine Vielzahl unterschiedlicher Kriterien, die oft nur vereinzelt zur Evaluation der Bewältigung herangezogen werden. Eine Beeinträchtigung erfordert umfassende und langfristige Bewältigungsleistungen. Zur Evaluation sollte daher meist eine möglichst grosse Zahl verschiedener Kriterienvariablen einbezogen werden. Weber (1992) empfiehlt ein solches Vorgehen u.a. auch deshalb, weil der Bewältigungserfolg gemessen an unterschiedlichen Kriterien nicht unbedingt konsistent positiv oder negativ beurteilt werden kann.

Die von Lazarus und Folkman (1984) vorgeschlagenen Beurteilungsbereiche sind das subjektive Wohlbefinden, die somatische Gesundheit und die soziale Funktionstüchtigkeit. Dabei wird die Effektivität der Bewältigungsform anhand von physischen, psychischen und sozialen Folgen, also quasi am Ergebnis der Bewältigung, bewertet. In den meisten Forschungsarbeiten zur Effektivität der Bewältigung kommen recht globale Kriterien wie Symptomlisten oder Befindlichkeitsskalen zum Einsatz, die in der Regel einseitig negativ formuliert sind. Weber (1994) kritisiert in diesem Zusammenhang, dass durch diese Form der Effektivitätsbeurteilung die Bewältigung auf ein rein symptom-reduzierendes Verhalten eingeschränkt wird und dass positive Folgen wie Lebenszufriedenheit oder der Erwerb von Kompetenzen noch zu wenig Berücksichtigung finden.

Weber (1992) und Weber und Laux (1993) benennen vier Bewältigungsfunktionen oder -intentionen, die zugleich als Kriterien des Bewältigungserfolgs betrachtet werden können: die Veränderung des Problemstatus sowie die Regulation der Emotionen, des Selbstwertes und der sozialen Beziehungen. Als weitere Wirksamkeitskriterien werden genannt: die physische Gesundheit und die sozialen Konsequenzen von Bewältigung. Aus der Gesundheitspsychologie, der Präventions- und Lebensqualitätsforschung (Bullinger & Naber, 1991; Schwarzer,

1993; Weber, 1992; Weber & Laux, 1993) lassen sich als weitere Kriterien des Bewältigungserfolgs ableiten: die Funktionsfähigkeit im Alltag, die Bereitschaft zu gesundheitsförderlichem, präventivem Coping-Verhalten und die Lebenszufriedenheit.

Dass die Bewältigungsarbeit von Menschen mit Behinderungen nicht immer befriedigend verläuft, belegen zahlreiche Studien. Emotionale Störungen wie Depression und Angst werden häufig als Konsequenz einer Beeinträchtigung erwähnt (Forrester et al., 1992; Holahan et al., 1995). Gemäss Ziegler (1990) liegt bei Krebspatienten/Krebspatientinnen die Prävalenzrate von Depression bei 30%, von Angst bei 40%. Ähnliche Angaben werden bei Herzpatienten/Herzpatientinnen gefunden. Burker et al. (1995) berichten bei 141 Bypass-Patienten/Patientinnen eine Prävalenzrate von Depression bei 47% (vgl. auch Follick et al., 1988; Langeluddecke, Fulcher, Baird, Hughes, & Tennant, 1989). In der Studie von Häussler et al. (1996) an 353 Menschen mit chronischen Krankheiten und einem Schwerbehindertenausweis berichteten 60% über psychische Beschwerden und Znoj (2001) fasst in einer Literaturübersicht zusammen, dass ein Drittel der querschnittgelähmten Menschen im Zeitraum der Rehabilitation und der ersten Lähmungsjahre Anzeichen einer schweren Depression haben.

Zudem kommt es bei Menschen mit Behinderungen aufgrund von Veränderungen des physischen Aussehens, des Verlusts von Autonomie, Kontrolle und sozialen Aufgaben und der Einschränkung der physischen Funktionsfähigkeit oft zu einer Beeinträchtigung des Selbstwertes (Contrada et al., 1994; F. Muthny et al., 1993; G. Ziegler, 1990).

Da Menschen mit Behinderungen zusätzlich oft auf Hilfe von Angehörigen und Freunden angewiesen sind, weniger mobil sind, um Beziehungen zu pflegen, bilden sich neue Muster sozialer Interaktionen, kommt es aber auch häufig zu einem Rückzug der Betroffenen und einer Verkleinerung des sozialen Netzwerks (G. Ziegler, 1990).

#### **2.2.6.2 Forschungsdesigns**

In der empirischen Forschung zur Effektivität einzelner Bewältigungsformen kommen zum Teil recht unterschiedliche Untersuchungsdesigns zum Einsatz. Im folgenden sollen lediglich die beiden hauptsächlich verwendeten Designs und die mit ihnen jeweils verbundenen Probleme bei der Interpretation der Ergebnisse aufgeführt werden (Beutel & Henrich, 1997; Kaluza & Vögele, 1999).

*Querschnittstudien* sind häufig anzutreffen. Bei diesen Studien werden an einer Stichprobe Daten zu Belastung, Bewältigungsverhalten und Wirksamkeitskriterien gleichzeitig erhoben und deren korrelative Beziehungen untersucht. Einschränkend bei diesem Vorgehen ist, dass die jeweilige Wirkungsrichtung hier nicht geklärt werden kann. So kann positives oder negatives Befinden ebenso gut antezedente Bedingung wie Konsequenz der realisierten Bewältigungsform sein.

*Längsschnittstudien* mit wiederholten Messungen sowohl des Bewältigungsverhaltens als auch der Effektivitätskriterien ermöglichen neben Effektivitätsurteilen auch Aussagen über den Verlauf von Bewältigungsprozessen. Dennoch müssen auch hier kausale Aussagen vorsichtig beurteilt werden, denn die wiederholte Erfassung von Bewältigung und beispielweise Symptom-Status bedeutet nicht zwangsläufig, dass die bewertete Bewältigung überhaupt etwas mit den Symptomen zu tun hat. Es könnten auch andere Faktoren, die aber nicht erfasst werden, für die Veränderungen der Symptome verantwortlich sein.

Vor diesem Hintergrund müssen Forschungsergebnisse zur Effektivität einzelner Bewältigungsformen vorsichtig interpretiert werden. Weber (1994) plädiert dafür, sich nicht so sehr auf den Nachweis kausaler Wirkungszusammenhänge zu versteifen. Wie es auch das transaktionale Bewältigungsmodell (Lazarus & Folkman, 1984) beschreibt, entsprechen reziproke Zusammenhänge eher der Realität im Bewältigungsprozess. Ergebnisse über Wechselwirkungen zwischen Bewältigung und Befinden sind daher nicht weniger bedeutsam für Prävention und Intervention.

### **2.2.7    *Dispositionelle, kontextuelle und integrative Konzepte der Bewältigung***

**Dispositionelle** Bewältigungskonzepte gehen davon aus, dass der Wahl der jeweiligen Bewältigungsaktivitäten relativ stabile, mit der Person zusammenhängende Faktoren zugrunde liegen. Psychoanalytisch orientierte Coping-Forscher sind ein Beispiel für die Verfolgung eines dispositionellen Ansatzes: Sie gehen von relativ stabilen, in ihrem Reifegrad variierenden Präferenzen für bestimmte Abwehr- und Bewältigungsstile in Konfliktsituationen aus (Haan, 1977; Vaillant, 1977). Als Bewältigung wird situationsadäquates Reagieren und Bearbeiten bezeichnet, während realitätsverzerrendes, passives und rigides Verhalten unter Abwehr fällt. Ein weiteres Beispiel für ein psychoanalytisch orientiertes Verständnis von Bewältigung ist das von Byrne (1961) postulierte Konzept „Repression-Sensitization“: Demnach liegt die unterschiedliche Bewältigungsreaktion von Menschen darin begründet, dass manche

in ihrer internen Verarbeitung die Auswirkung von Stressoren abdämpfen (Repressors) und andere die Auswirkungen verstärken und betonen (Sensitizer).

Den dispositionellen Konzepten ausserhalb der psychoanalytischen Tradition ist die Erhebung von Coping mit Hilfe von Interviews und Persönlichkeitstests gemeinsam. Beispiele für dieses Vorgehen liefern Endler und Parker (1990), Epstein und Meier (1989) oder Miller (1987), deren Instrumente messen, welche Gedanken und Verhaltensweisen die Versuchspersonen in Belastungssituationen typischerweise zeigen.

**Kontextuelle** Ansätze gehen davon aus, dass primär situationsabhängige Faktoren die Wahl der Bewältigungsaktivitäten beeinflussen. Die Konzentration der frühen Coping-Forschung auf die Bewältigung traumatischer oder lebensbedrohlicher Situationen, wie sie Parker und Endler (1996) beschreiben, führte dazu, dass den situationalen Merkmalen einer Belastung eine herausragende Rolle eingeräumt wurde. Auch die Auffassung von Folkman und Lazarus (1985) von Coping als Prozess ist eng mit der Betonung der Situation verbunden: Die Prozess-Perspektive postuliert, dass die Coping-Aktivitäten sich im Lauf des Bewältigungsprozesses den sich verändernden kontextuellen Bedingungen anpassen, wobei kognitive Einschätzungsprozessen eine zentrale Rolle zugeschrieben wird (siehe Kapitel 2.2.1).

Coping ist unter kontextueller Perspektive eine Antwort auf spezifische belastende Situationen und weniger eine stabiles Persönlichkeitsmerkmal. Die aktiven und bewussten kognitiven Einschätzungen potentieller Gefahren fungieren als vermittelnde Bindeglieder zwischen Stress und Bewältigungsreaktionen. Coping wird als dynamischer Prozess aufgefasst, der sich in Abhängigkeit von den sich verändernden Anforderungen und Einschätzungen der Situation entwickelt (Folkman, 1992).

Im Gegensatz zu den dispositionellen Ansätzen, die typische Verhaltensweisen als Arbeitsgrundlagen betrachten, sehen Stone et al. (1991) die Gemeinsamkeit der kontextuellen Ansätze darin, dass die Gedanken und das Verhalten erhoben werden, die unter Belastung tatsächlich aufgetreten sind. Feifel und Strack (1989) entwickelten z.B. ein Instrument, dass Bewältigungsreaktionen bei fünf Konfliktsituationen erfasst: Entscheidungssituation, Niederlage in einer kompetitiven Situation, Frustration, Autoritätskonflikt und Meinungsverschiedenheit bei Gleichrangigen.

Der **integrative** Ansatz von Bewältigung (Holahan et al., 1996) gründet auf der Ueberzeugung, dass sowohl überdauernde persönliche als auch stärker veränderbare situationale Faktoren die Bewältigung formen: Das Umwelt-System setzt sich aus alltäglichen Stressoren (z.B.



körperliche Krankheit) sowie sozialen Ressourcen (Unterstützung durch die Familie, Freunde) zusammen. Das Person-System beinhaltet soziodemographische Charakteristika (Geschlecht, Alter, etc.) und individuelle Coping Ressourcen (z.B. Selbstvertrauen). Diese relativ stabilen umwelt- und personenbezogenen Faktoren bestimmen bis zu einem bestimmten Grad die Lebenskrisen bzw. die signifikanten Veränderungen der Lebensumstände, mit denen sich die Menschen auseinandersetzen müssen. Die kombinierten Effekte der umwelt- und personenbezogenen Faktoren wirken sich direkt und indirekt über die kognitive Einschätzung bzw. die Copingreaktionen auf die Gesundheit bzw. das Wohlbefinden aus. Dieses Modell betont die zentrale Rolle der kognitiven Einschätzung bzw. der Bewältigungsbemühungen als Mediatoren im Stress-Prozess. Als Beispiel für ein Mediatormodell kann das S-O-R Modell (Stimulus-Organism-Response) von Woodworth (1928) (zit. nach Baron & Kenny, 1986) gelten. Es ist das allgemeinste unter jenen Modellen, die dem Organismus (O) eine aktive Rolle zwischen Stimuli (S) und der Antwort (R=Response) auf dieselben zuerkennen und eine der einfachsten und prägnantesten Formulierungen einer Mediations-Hypothese: Eine Variable wird als Mediator genannt in Bezug auf ihre Funktion als Prozess-Mechanismus, durch die eine unabhängige Variable (Stimulus) fähig ist, die abhängige Variable (Reaktion auf den Stimulus; Response) zu beeinflussen. Mediatoren sind innerpsychische Variablen, Eigenschaften des Individuums, die dem jeweils spezifischen Effekt der unabhängigen Variable auf die abhängige Variable psychologische Signifikanz verleihen.

### **2.2.8 Mediator-Effekte bei der Bewältigung von Behinderung: Einige empirische Resultate**

Währenddem viele Studien die Wirkung von verschiedenen Bewältigungsstrategien auf die Anpassung an eine Krankheit untersucht haben (Laux & Weber, 1990; Weber & Laux, 1993), sind Mediator-Effekte von Bewältigungsstrategien zwischen personalen und sozialen Ressourcen und Anpassung noch wenig erforscht. Einzig bei chronischen Herzpatienten/Herzpatientinnen, Krebspatienten/Krebspatientinnen und Personen mit psychischen Beeinträchtigungen wurden mit den Prädiktoren dispositionaler Optimismus, Selbstwirksamkeit und emotionale Stabilität (bzw. Neurotizismus) Mediatorhypothesen getestet:

Mit Blick auf den dispositionalen Optimismus nahmen Scheier et al. (1989) an, dass Optimisten in einer stressreichen Situation über mehr internale Kontrolle verfügen und daher eher problemorientierte Copingstrategien anwenden. Ihre Annahme wurde in mehreren Studien

bestätigt. In einer Studie mit Bypass-Patienten/Patientinnen (Scheier et al., 1989) machten die Optimisten mehr Pläne für die Zukunft, setzten sich Ziele für die Rehabilitation und suchten aktiv nach Informationen und Instruktionen, wie sie sich verhalten sollten. Einen engen Zusammenhang zwischen Optimismus und Bewältigungsverhalten wurde auch bei Carver et al. (1993) in einer Längsschnittstudie mit Krebspatienten/Krebspatientinnen gefunden. Optimismus war verbunden mit aktivem Coping, Akzeptanz der Krankheit, positiver Umdeutung und dem Gebrauch von Humor. Ein negativer Zusammenhang hingegen bestand zwischen Optimismus und Verleugnung und passiver Bewältigung.

Analysen aber über Mediator-Effekte konnten nur teilweise eine Mediatorhypothese bestätigen. Bei den Bypass-Patienten fanden Scheier et al. (1989) nur geringe indirekte Effekte von Optimismus auf die 6 Monate nach der Operation erfasste Lebensqualität.

Carver et al. (1993) hingegen berichteten starke Mediator-Effekte auf emotionalen Distress bei Krebspatienten/Krebspatientinnen. Akzeptanz der Krankheit und geringerer Gebrauch von Verleugnung waren zentrale Mediatoren zwischen der Wirkung des Optimismus auf das emotionale Befinden.

Auch bei der Forschung über die Selbstwirksamkeit wurden Mediatorhypothesen getestet. In deutschen Studien sind die Trier-Bewältigungsskalen (Klauer & Filipp, 1993) die am häufigsten eingesetzten Instrumente, um das Bewältigungsverhalten von Personen mit einer Krankheit zu untersuchen. In einer Studie von Appel und Hahn (1997) bei Krebspatienten/Krebspatientinnen wurde mit diesen Skalen teilweise ein Mediator-Effekt zwischen dem Coping Grübeln und dem emotionalen Befinden entdeckt. Patienten/Patientinnen mit einer hohen Selbstwirksamkeit wendeten weniger die Strategie Grübeln an und litten weniger an Depressionen und Ängsten. In einer Studie von Aymanns (1992) über das Bewältigungsverhalten von Krebspatienten/Krebspatientinnen wurde ein signifikanter indirekter Pfad zwischen Selbstwirksamkeit, Selbstwert und Hilflosigkeit gefunden, wobei die Strategie Verleugnung als Mediator wirkte. In der Studie von Schröder et al. (1996) an chronischen Herzpatienten/Herzpatientinnen wurde der Zusammenhang zwischen den selbstreferentiellen Ressourcen volitionale Kompetenz und Bewältigungskompetenz und den Bewältigungskriterien Tatendrang und Depressivität durch die Copingstrategien Suche nach sozialer Einbindung und Rumination vermittelt.

Bei einer Prüfung der Mediatorhypothese mit dem Prädiktor Neurotizismus erwiesen sich in der Längsschnittstudie von Vollrath et al. (1998) an ehemaligen psychiatrischen Patienten die Copingstrategien Resignation, Abreagieren von Emotionen und geringer Gebrauch von prob-

lemorientierten Strategien als wichtige Mediatoren zwischen dem erfassten Neurotizismus und erhöhten Werten in den Skalen „Somatoforme Störungen“, „Dysthymia“, „Alkoholabhängigkeit“ und „Störungen der Gedanken“ des „Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II).“

### **2.3 Das Arbeitsmodell als zusammenfassender Ueberblick**

Ausgehend vom transaktionalen Stressmodell von Lazarus (R. S. Lazarus & Folkman, 1984) und dem integrativen Ansatz von Bewältigung von Holahan et al. (1996), der sich auf der Ueberzeugung gründet, dass die Bewältigung sowohl von personalen wie auch umweltbezogenen Faktoren geformt wird und eine zentrale Rolle als Mediator im Stressprozess einnimmt, können die in Kapitel 2.1 und Kapitel 2.2 gemachten Ausführungen in einem Arbeitsmodell zusammengefasst werden (siehe Abbildung 2).

Das Umwelt-System setzt sich nach Holahan et al. (1996) aus alltäglichen Stressoren sowie sozialen Ressourcen (z.B. soziale Unterstützung) zusammen. Es soll in dieser Arbeit erweitert werden mit den Aspekten der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen wie Bildung, Arbeitsintegration, Finanzen, Wohnbedingungen, soziale Kontakte, Freizeitbedingungen, Mobilität, Unabhängigkeit von Hilfe und Absenz von Diskriminierung.

Das Person-System beinhaltet nach Holahan et al. (1996) soziodemographische Charakteristika und Persönlichkeitsmerkmale. In der vorliegenden Arbeit soll das Person-System von Menschen mit Behinderungen den allgemeinen Gesundheitszustand, die Selbstbestimmung, die Selbstwirksamkeit und die Persönlichkeitsmerkmale Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, emotionale Stabilität und Kultur umfassen.

Diese umwelt- und personenbezogenen Faktoren bestimmen gemäss Holahan et al. (1996) bis zu einem bestimmten Grad die signifikanten Lebensumstände, mit denen sich die Menschen auseinandersetzen müssen. Die kombinierten Effekte der Faktoren wirken sich direkt und indirekt über die Coping-Reaktionen auf die Gesundheit bzw. das Wohlbefinden aus. Als Kriterien des Bewältigungserfolgs werden in der vorliegenden Studie die Lebenszufriedenheit, die psychische Gesundheit und das Selbstwertgefühl der Menschen mit Behinderungen erhoben.

Das Umwelt- und Person-System der Menschen mit Behinderungen werden somit als unabhängige Variablen, die Bewältigungsstrategien und die Kriterien des Bewältigungserfolgs als abhängige Variablen betrachtet.

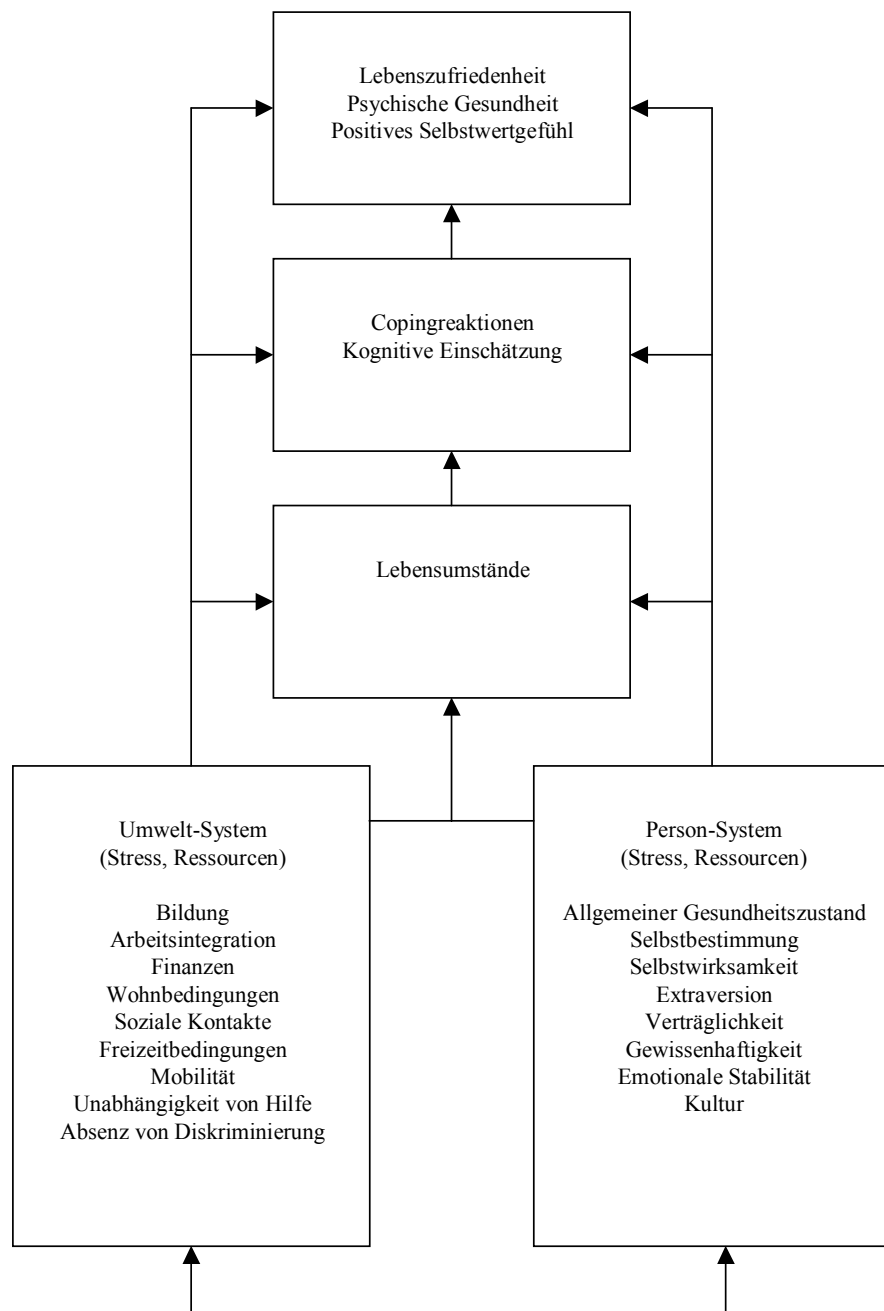


Abb. 2: Das Arbeitsmodell

## **2.4 Ziel und Fragestellung der Untersuchung**

Die Ausführungen zum Umwelt- und Person-System von Menschen mit Behinderungen und zur Bewältigung haben gezeigt, dass das Verständnis der Belastungen von Menschen mit Behinderungen eine Integration aller genannten Konstrukte erfordert (siehe Kapitel 2.3: Das Arbeitsmodell). Daraus ergibt sich das Ziel der vorliegenden Arbeit, jenen Determinanten auf die Spur zu kommen, die das Stressgeschehen von Menschen mit Behinderungen beeinflussen. Im speziellen wird untersucht, ob die Sicht der Copingtheorie zutrifft, nach welcher die Bewältigung ein zentraler Vermittler ist zwischen einer belastenden Person-Umwelt-Beziehung und den unmittelbaren und langfristigen Auswirkungen derselben.

In dieser Arbeit wird daher folgende Fragestellung bearbeitet:

Wird die Beziehung zwischen dem Umwelt- und Person-System der Menschen mit Behinderungen und den Kriterien des Bewältigungserfolgs wie Lebenszufriedenheit, psychische Gesundheit und Aufrechterhaltung eines positiven Selbstwertgefühls durch Coping vermittelt, d.h. üben die Copingreaktionen eine Mediatorwirkung aus?

Es gilt die Annahme, dass das Umwelt- und Person-System der Menschen mit Behinderungen einen indirekten Einfluss auf die Kriterien des Bewältigungserfolgs wie Lebenszufriedenheit, psychische Gesundheit und Aufrechterhaltung eines positiven Selbstwertgefühls haben, der durch die Mediatorwirkung der Bewältigung vermittelt wird.

Im nachfolgenden Teil dieser Arbeit wird gezeigt, welche Mittel und Methoden angewendet werden, um eine Antwort auf die Fragestellung dieser Untersuchung zu finden.

### **3. Methode**

Dieses Kapitel behandelt die Anlage der Untersuchung (Kapitel 3.1), berichtet über die Entwicklung des Erhebungsinstrumentes (Kapitel 3.2), den Pretest (Kapitel 3.3), die Ziehung der Stichprobe und den Verlauf der Erhebung (Kapitel 3.4). Weiter werden die Methodik und die angewendeten statistischen Analysen beschrieben (Kapitel 3.5). Detaillierte Angaben zur Operationalisierung des Untersuchungsinstrumentes schliessen das Kapitel ab (Kapitel 3.6).

#### **3.1 *Anlage der Untersuchung***

Die vorliegende Studie ist als Querschnittuntersuchung an einer Zufallsstichprobe von Leistungsbezügern/Leistungsbezügerinnen der Schweizerischen Invalidenversicherung konzipiert und gehört zum schriftlichen und stark strukturierten Typ von Befragungen (Atteslander, 1991).

Die Methode des geschlossenen Fragebogens mit schriftlicher und direkter Befragung (Selbsteinschätzung) bringt einige Vorteile aber auch Nachteile mit sich:

Als grosser Vorteil kann gesehen werden, dass die Befragung standardisiert ist und somit von einer hohen Objektivität des Messinstrumentes ausgegangen werden kann. Die konstanten Bedingungen für alle Befragten verhindern zudem einen Interviewereffekt und der Befragter/die Befragerin kann somit keinen direkten Einfluss geltend machen. Durch diese Gleichheit der Messsituation ist die Vergleichbarkeit der Daten sichergestellt. Zusätzlich kann in einem kurzen Zeitabschnitt eine grosse Stichprobe befragt werden.

Als Nachteil kann gerade bei Menschen mit Behinderungen die unkontrollierte Erhebungssituation betrachtet werden, in der nicht sichergestellt ist, ob die Fragen verstanden werden. Weiter muss damit gerechnet werden, dass Menschen aufgrund ihrer Beeinträchtigung nicht die Möglichkeit haben, den Fragebogen selbständig auszufüllen.

Angesichts dieser Einschränkungen von schriftlichen Befragungen und des Ziels, eine möglichst repräsentative Stichprobe von Menschen mit unterschiedlichsten Beeinträchtigungen zu erreichen, wurden in der vorliegenden Untersuchung besondere Massnahmen getroffen:

- Um auch Menschen mit einer Sehbeeinträchtigung zu erreichen, wurde das Layout des Fragebogens möglichst grossformatig gehalten.

- Damit auch Menschen mit einer leichten kognitiven Beeinträchtigung eine Chance hatten, den Fragebogen selber auszufüllen, wurden die Fragen so einfach wie möglich formuliert und die Filterführung stark hervorgehoben.
- Für die Menschen, die aufgrund ihrer Beeinträchtigung die Möglichkeit nicht haben, den Fragebogen selber auszufüllen, wurde im Begleitbrief darauf hingewiesen, dass Hilfe von einer Person aus dem nahen Umfeld oder von einem professionellen Helfer/einer professionellen Helferin in Anspruch genommen werden kann oder der Fragebogen auch stellvertretend ausgefüllt werden kann (Einbezug von Proxies). Diese Art der Hilfestellung wurde in der ersten Frage des Fragebogens erfasst.
- Menschen mit Behinderungen, die die Fragen lieber am Telefon oder in einem persönlichen Gespräch durchgehen wollten, konnten dies mittels Antwortblatt zurückmelden und wurden anschliessend vom Forschungsteam persönlich kontaktiert. Da dadurch die Anonymität der Befragten aufgelöst wurde, wurden die Namen und Telefonnummern vom Forschungsteam streng vertraulich behandelt und nach der Kontaktierung sofort vernichtet.

Diese besonderen Massnahmen haben zur Konsequenz, dass die normalerweise in schriftlichen Befragungen gegebene Gleichheit der Messsituation in dieser Untersuchung nicht durchgehend eingehalten werden konnte. Dies muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

### **3.2    *Entwicklung des Erhebungsinstrumentes***

Auf der Basis der Ergebnisse einer qualitativen Analyse wurde ein Fragebogen ausgearbeitet, der sowohl die relevanten Aspekte der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen wie Bildung, Arbeitsintegration, persönliche Einkommen, Haushaltseinkommen, Wohnraum, soziale Kontakte, Freizeitaktivitäten, Mobilität, Unabhängigkeit von Hilfeleistungen, Diskriminierung, allgemeiner Gesundheitszustand, Selbstbestimmung, als auch die Bewältigungsstrategien, die Persönlichkeitsmerkmale „Big Five“, die Selbstwirksamkeit, die Lebenszufriedenheit, die psychische Gesundheit, den Selbstwert und die Art der Beeinträchtigungen und soziodemographischen Merkmale erfasst. Bei der Operationalisierung der einzelnen Fragen wurde, wo immer möglich, auf bestehende Fragen zurückgegriffen, die sich in einer Untersuchung zu Menschen mit Behinderungen oder in einer Grosserhebung in der Schweiz bewährt haben (Schweizer Gesundheitsbefragung [SGB], SAKE, Schweizer Haushaltspanel [SHP]).

Konnte nicht auf bestehende Fragen abgestellt werden, wurden neue Fragen konstruiert, die sich aber an bestehenden orientierten, diese ergänzten oder an den Kontext anpassten. Dabei erlaubten die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung, die Antwortkategorien nahe an der Realität der Betroffenen und dem schweizerischen Kontext entlang zu formulieren.

Die genaue Operationalisierung der einzelnen Fragen wird im (Kapitel 3.6) offengelegt werden.

### **3.3 *Pretest und Revision des Erhebungsinstrumentes***

Der Fragebogen wurde im Kanton Aargau bei 200 aus dem Total aller Bezüger/innen von IV-Leistungen zufällig ausgewählten Versicherten auf Verständlichkeit, Fehler, problematische Formulierungen, ungenügend vorgegebene Antwortkategorien und Reliabilität der eingesetzten Skalen getestet. Zusätzlich interessierte die Motivation der Angeschriebenen, den Fragebogen auszufüllen. Insgesamt bewährte sich der versandte Fragebogen. Nur wenige Personen bekundeten mit einzelnen Fragen Probleme. Der Rücklauf von rund 30% konnte, angesichts dessen, dass kein Erinnerungsschreiben verschickt wurde, als gut eingestuft werden. Die Probeerhebung zeigte zudem auf, dass mit dem Instrumentarium ein breites Spektrum von Menschen mit Behinderungen erreicht werden konnte.

Mit Blick auf die Haupterhebung und dem Ziel, einen Rücklauf von 40% zu erreichen, wurde der Fragebogen gekürzt und entschieden, ein Erinnerungsschreiben zu verschicken. Schliesslich wurden der Fragebogen, das Begleitschreiben und das Erinnerungsschreiben auf französisch und italienisch übersetzt, so dass das Erhebungsinstrument in drei Landessprachen vorlag.

### **3.4 *Ziehung der Stichproben und Verlauf der Erhebung***

Die Zentrale Ausgleichsstelle (ZAS) in Genf führt zentrale Register, die sämtliche Versichertennummern umfassen, an die im Laufe eines Jahres eine IV-Leistung erbracht wurde. Diese Leistungen der IV sind nach Typ kategorisiert, so dass identifiziert werden kann, ob es sich bei den erbrachten Leistungen um individuelle Massnahmen, Renten, Hilflosenentschädigungen oder um eine Kombination dieser Leistungen handelte.



Die Zentrale Ausgleichsstelle (ZAS) bildete auf die Anfrage hin zwei Ausgangsstichproben: Aus dem gesamtschweizerischen Rentenregister wurde mittels Zufallsalgorithmus eine Stichprobe von 2'500 Versichertennummern gezogen, an die im Jahr 2002 *ausschliesslich eine Rente* bezahlt wurde. Aus dem gesamtschweizerischen Register der Sachleistungen wurde eine zweite Stichprobe von 2'500 Versichertennummern gezogen, für die im Jahr 2002 *ausschliesslich eine individuelle Massnahme* erbracht wurde.

Dieses Sample von Versichertennummern wurde dem Geschäftsfeld IV des Bundesamtes für Sozialversicherungen übergeben. Dort wurden die Nummern nach Wohnsitzkanton geordnet. Die Liste mit den betreffenden Versichertennummern eines jeden Kantons wurde an die entsprechende kantonale IV-Stelle übermittelt. Die Forschenden erhielten gleichzeitig eine Zusammenstellung darüber, wie viele Versichertennummern pro kantonaler IV-Stelle im Sample sind. Auf dieser Grundlage stellten die Forschenden den kantonalen IV-Stellen pro Versichertennummer die richtige Menge Material zu. Die kantonalen IV-Stellen übernahmen es, das Material in Umschläge der IV-Stelle zu verpacken, die Versichertennummer zu identifizieren, die Umschläge zu adressieren und zu verschicken.

Jeder Umschlag enthielt einen Fragebogen, einen Begleitbrief, der sich an die Befragten richtete, und ein pauschalfrankiertes Rückantwortcouvert. Das Begleitschreiben, der Fragebogen wie auch das gesamte Vorgehen waren zuvor vom Bundesamt für Sozialversicherung auf seine datenschutzrechtliche Zulässigkeit geprüft und für gut befunden worden.

Die kantonalen IV-Stellen stellten denselben Adressen rund drei Wochen später ein zweites Schreiben zu, in dem die Forschenden die Respondenten für ihre Teilnahme verdankten und jene, die noch nicht geantwortet hatten, nochmals motivierten, den Fragebogen auszufüllen und einzusenden.

Das Antwortcouvert zur Rücksendung des Fragebogens war direkt an die FH Aargau Nordwestschweiz adressiert. Mit diesem Verfahren blieb die Anonymität der Respondenten gegenüber den Forschenden vollständig gewahrt. Die Forschenden kamen nie mit den gezogenen Versichertennummern in Kontakt, konnten zu keinem Zeitpunkt die Adressen der Befragten sehen, und die Fragebogen waren in keiner Art gekennzeichnet. Umgekehrt garantierte die direkte Rücksendung der ausgefüllten Fragebogen an die Forschenden, dass die Vertraulichkeit der Angaben gegenüber den Vertretern/Vertreterinnen der Behörden gewahrt blieb. Bei den Menschen mit Behinderungen hingegen, die wünschten, vom Forschungsteam persönlich

kontaktiert zu werden, konnte die Anonymität nicht gewahrt werden. Umso wichtiger war es bei diesen Fällen, die Angaben zur Person streng vertraulich zu behandeln und nach der Kontaktierung sofort zu vernichten.

Die folgende Tabelle 4 gibt eine Übersicht über die involvierten kantonalen IV-Stellen, die entsprechende Zahl der ursprünglich ausgewählten (Bruttostichprobe) sowie der per Postversand erreichten (Nettostichprobe) Leistungsbezüger/innen der IV. Der Versand der Fragebogen erfolgte innerhalb von rund 3 Wochen (zwischen dem 22.8 und dem 10.9.03), in 23 von 25 Fällen in der vorgegebenen Zielwoche (25.–29.8.03). Rund 3 Wochen nach dem Fragebogenversand wurde allen Zielpersonen (also auch denjenigen, die den Fragebogen bereits zurückgeschickt hatten) ein Erinnerungsschreiben zugestellt.

Tab. 4: Stichprobe und Postversand nach Kantonen bzw. IV-Stellen

IV- Stelle	Bruttostichprobe	Nettostichprobe <sup>1)</sup>	Fragebogenversand	Erinnerungsschreiben
ZH	802	780	25.8.03	15.9.03
BE	607	543	25.8.03	15.9.03
LU	253	242	29.8.03	15.9.03
UR	25	25	25.8.03	15.9.03
SZ	76	75	25.8.03	15.9.03
OW	21	21	25.8.03	15.9.03
NW	23	23	25.8.03	15.9.03
GL	25	23	25.8.03	15.9.03
ZG	60	57	25.8.03	15.9.03
FR	179	178	01.9.03	15.9.03
SO	182	181	25.8.03	15.9.03
BS	182	175	26.8.03	15.9.03
BL	216	207	25.8.03	15.9.03
SH	52	48	25.8.03	17.9.03
AR	34	-	-	-
AI	8	8	25.8.03	16.9.03
SG	322	317	25.8.03	15.9.03
GR	119	118	26.8.03	17.9.03
AG	397	379	25.8.03	15.9.03
TG	152	144	25.8.03	18.9.03
TI	223	223	25.8.03	15.9.03
VD	399	381	22.8.03	12.9.03
VS	188	183	25.8.03	15.9.03
NE	123	120	25.8.03	16.9.03
GE	258	248	29.8.03	19.9.03
JU	60	58	25.8.03	15.9.03
ZAS	14	14	10.9.03	30.9.03
<b>Total</b>	<b>5'000</b>	<b>4'771</b>		

1) Die Nettostichprobe umfasst alle Personen, denen von den IV-Stellen die Fragebogenunterlagen zugestellt werden konnten.

Die Tabelle 4 zeigt auch, dass bei einer IV-Stelle (Ausserrhoden) auf Grund von Ferienabwesenheiten und Kommunikationsproblemen mit dem Bundesamt für Sozialversicherungen der Fragebogenversand nicht zeitgerecht erfolgen konnte, so dass hier schlussendlich darauf verzichtet werden musste, die ausgewählten Personen anzuschreiben. Aufgrund der kleinen Zahl von Fällen im Kanton Ausserrhoden (34) kann aber davon ausgegangen werden, dass die gesamtschweizerische Abdeckung der Stichprobe trotzdem als gegeben erachtet werden darf.

### **3.5     *Statistische Analysen***

Die Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm „SPSS“ Version 11. In einem ersten Schritt wurden die Daten aufbereitet (Kapitel 3.5.1). Anschliessend wurden Indikatoren gebildet und die Skalen empirisch überprüft (Kapitel 3.5.2) und dann das Mediationsmodell untersucht (Kapitel 3.5.3).

#### **3.5.1     *Aufbereitung der Daten***

In einem ersten Arbeitsschritt wurde eine sorgfältige Aufbereitung der Daten durchgeführt. Dazu gehörte erstens eine umfassende Datenbereinigung. Zweitens wurden alle verwendeten Variablen auf fehlende Werte geprüft. Bei Skalen wurden die fehlenden Werte durch den Mittelwert ersetzt, den der Proband auf der entsprechenden Skala erzielte (Tabachnik & Fidell, 1996). Drittens wurden Ausreisser sorgfältig korrigiert. Ein Wert wurde als Ausreisser definiert, wenn er mehr als drei Standardabweichungen vom Mittelwert abweicht. Die so definierten Ausreisser wurden nicht etwa ausgeschieden, sondern dann dem höchst gültigen Wert zugeordnet (Tabachnik & Fidell, 1996).<sup>5</sup> Abschliessend mussten zusätzliche Recodierungen und inhaltliche Ausrichtungen der Variablen vorgenommen werden.

---

<sup>5</sup> So definierte Ausreisser wurden in den Variablen „bezahlte Arbeit in Stunden pro Woche“, „Anzahl Personen pro Haushalt“ korrigiert.

### **3.5.2 Bildung von Indikatoren und Skalenprüfung**

In einem zweiten Arbeitsschritt ging es darum, die verschiedenen Variablen, die die verschiedenen Aspekte der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen erfassen wie soziale Kontakte, Diskriminierung usw., deskriptiv auszuwerten und zu Indices zu bündeln.<sup>6</sup>

Die Verwendung von Indices bietet sich an, wenn „ein einzelner Indikator die interessierende Dimension nicht mit ausreichender Genauigkeit misst“ (Schnell, Hill, & Esser, 1999) (S. 177). Sie ermöglichen es auch, mehrere Variablen zu einem einzelnen neuen Indikator zusammenzuführen, um so die weitere Analyse – ohne Informationsverlust – zu vereinfachen. Das heisst, eine derartige Konstruktion kann auch als „Reduktion des Merkmalsraumes“ verstanden werden (R. Ziegler, 1973).

Bei den einzelnen „Themenbereichen“ des konstruierten Fragebogens stellte sich also die Frage, welche Variablen ausgewählt und in welcher Form sie zu Indices gebündelt werden sollen. Der Entscheid wurde anhand von theoretischen und methodischen Überlegungen getroffen. So wurde darauf geachtet, dass die in die Indexbildung eingehenden Variablen die entsprechenden Aspekte der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen passend abbilden, aber nicht zu viele fehlende Werte aufweisen, die spätere statistische Analysen verunmöglichen könnten. Zusätzlich mussten die Variablen miteinander korrelieren und (etwa) dieselben Wertebereiche besitzen, damit die einzelnen Variablen nicht ungleichgewichtig in den Index eingingen (Schnell et al., 1999). Die ausgewählten Variablen wurden anschliessend additiv miteinander verrechnet und die gebildeten Indices in dem Sinne „standardisiert“, dass (kategorial) hohe Werte immer auch mit (inhaltlich) positiven Merkmalen verbunden waren.

Bei den eingesetzten Skalen wurde eine itemanalytische Berechnung durchgeführt. Das Vorgehen der itemanalytischen Berechnung besteht in der empirischen Ueberprüfung der A-priori-Skalen mit Hilfe der klassischen Testtheorie. Es wird eine Reliabilitäts- und Itemanalyse durchgeführt. Diese Analyse liefert einen Konsistenzkoeffizienten über die Gesamtskala (Alpha-Koeffizient oder interne Konsistenz nach Cronbach), Trennschärfen- und Reliabilitätsindices für jedes Item und die Angabe der hypothetischen inneren Konsistenz der Skala bei

---

<sup>6</sup> Unter einem ‚Index‘ wird „eine Zusammenfassung von mehreren Einzelindikatoren zu einer neuen Variablen verstanden“ (Schnell, Hill, & Esser, 1999, S. 160).

Weglassen jedes einzelnen Items. Der Alpha-Koeffizient nach Cronbach liefert den Grad der Homogenität der Items im Hinblick auf das Merkmal, das von der Skala erfasst werden soll. Der Trennschärfeindex zeigt auf, inwieweit das Item auch das misst, was die restlichen Items der Skala zusammen messen. Items mit einer Trennschärfe unter 0.3 gelten als wenig brauchbare Testaufgaben und benötigen eine Verbesserung. Items unter einem Wert von 0.2 sind unbrauchbare Testaufgaben und sollten ausgeschlossen werden oder bedürfen einer Revision (Schelten, 1980). Dieser Korrelationskoeffizient zwischen dem Item und der Skala sollte also mindestens 0.3 betragen, damit bei den Items von brauchbaren Indikatoren des angezielten Konstruktes ausgegangen werden kann. Dieser Ausschlussvorgang erfolgt schrittweise. Das Ziel der Itemselektion kann somit folgendermassen umschrieben werden: Man will Items mit niedriger Trennschärfe ausscheiden, selbst wenn sie eine mittlere (also günstige) Schwierigkeit haben, und man will Items mit hoher (also günstiger) Trennschärfe behalten, selbst wenn sie eine extreme (eine hohe oder niedrige) Schwierigkeit haben (Fisseni, 1990). Zur Reduktion der Daten auf einen Skalenwert werden die Punktwerte der einzelnen Items, bei denen die negativ gestellten Items umgepolt worden sind, zu einem Summenscore addiert. Je höher der Wert also ist, desto stärker stimmen die Versuchspersonen der Einstellung, auf welche sich die Skalenbegriffe beziehen, zu. Die Berechnung des Mittelwertes erfolgt durch die Teilung der Anzahl Items (arithmetisches Mittel).

### **3.5.3 Untersuchung des Mediationsmodells**

Die Beziehung zwischen dem Umwelt- und Person-System, der Bewältigung und den Merkmalen Lebenszufriedenheit, psychische Gesundheit und Selbstwert von Menschen mit Behinderungen bzw. das Mediationsmodell wurden mit hierarchischen multiplen Regressionsanalysen untersucht. Diese Berechnungen bilden den Schwerpunkt dieser Arbeit und werden eingehend dargestellt.

Die Prüfung des Mediationsmodells folgt den Empfehlungen von Baron und Kenny (1986). Vor einer Annahme der Mediationshypothese müssen vier Bedingungen erfüllt sein:

## 1. Bedingung

Die Prädiktorvariable (z.B. Arbeitsintegration) korreliert mit der abhängigen Variablen (z.B. Lebenszufriedenheit). In den folgenden Abbildungen wird der Einfachheit nur Arbeitsintegration als unabhängige Variable und Lebenszufriedenheit als abhängige Variable dargestellt. Selbstverständlich werden alle anderen unabhängigen Variablen (siehe Arbeitsmodell im Kapitel 2.3) und die abhängigen Variablen psychische Gesundheit und Selbstwert auch eingeführt und ausgewertet (siehe Abbildung 3).

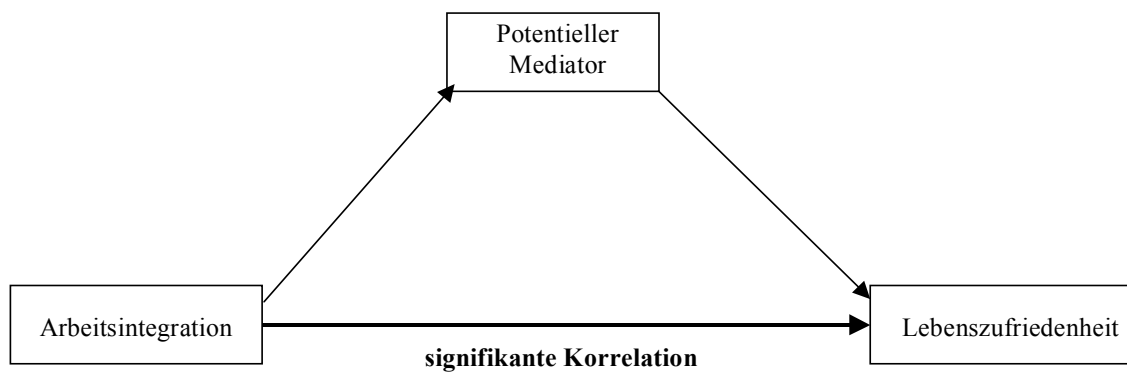


Abb. 3: Erste Bedingung zur Annahme der Mediationshypothese

## 2. Bedingung

Die Prädiktorvariable korreliert mit dem potentiellen Mediator (Coping) (siehe Abbildung 4).

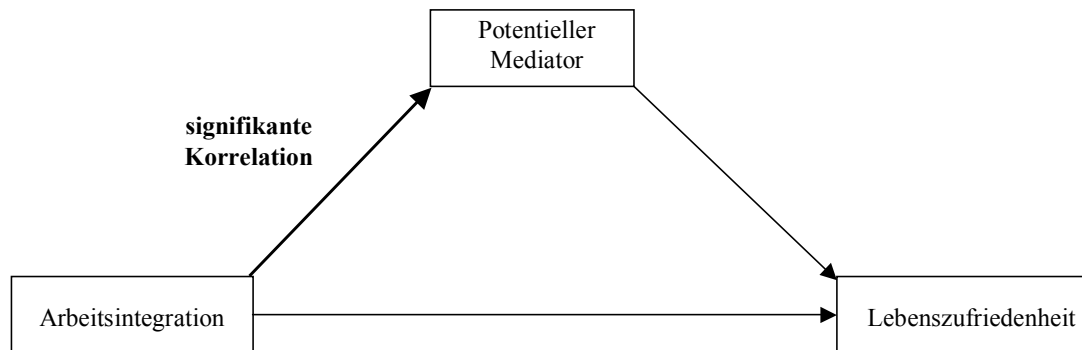


Abb. 4: Zweite Bedingung zur Annahme der Mediationshypothese

### 3. Bedingung

Der potentielle Mediator muss mit der abhängigen Variablen korrelieren, nachdem der Einfluss der Prädiktorvariablen kontrolliert ist (siehe Abbildung 5).

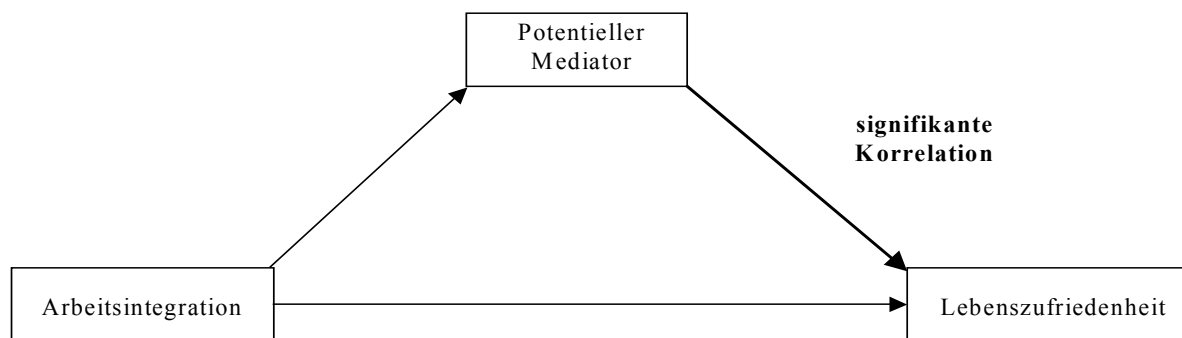


Abb. 5: Dritte Bedingung zur Annahme der Mediationshypothese



#### 4. Bedingung

Der Effekt der Prädiktorvariablen auf die abhängige Variable darf nicht signifikant sein oder muss sich zumindest stark verringern, wenn der potentielle Mediator kontrolliert ist (siehe Abbildung 6).

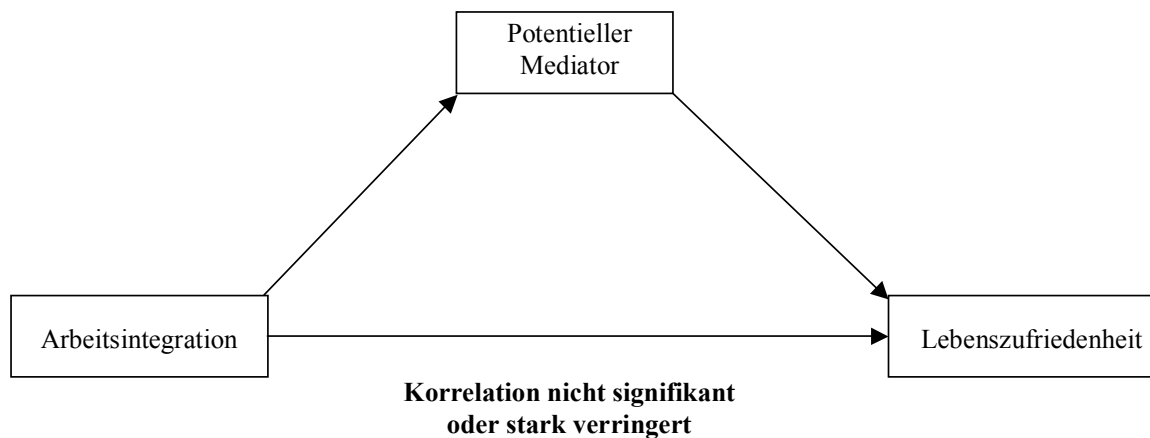


Abb. 6: Vierte Bedingung zur Annahme der Mediationshypothese

Von einem Mediator-Effekt kann ausgegangen werden, wenn alle vier Bedingungen für die Beziehungen der beteiligten Variablen erfüllt sind.

Falls mehrere Mediatoren (Copingstrategien) identifiziert werden, wird in einem letzten Schritt mit folgenden Berechnungen die Bedeutung jedes einzelnen Mediators bestimmt (Bolger, 1990; Vollrath et al., 1994) :

Entsprechend dem hier gewählten Beispiel mit der Prädiktorvariablen Arbeitsintegration und der abhängigen Variablen Lebenszufriedenheit wird der Arbeitsintegration-Coping-Beta-Koeffizient mit dem entsprechenden Coping-Lebenszufriedenheit-Beta-Koeffizienten multipliziert.

### 3.6 Das Untersuchungsinstrument

Im folgenden wird die genaue Operationalisierung und Indikatorbildung der einzelnen Fragen und Konstrukte offengelegt, die in das Mediationsmodell Eingang fanden.

#### Bildung

Auf der Basis sämtlicher von allen Befragten angegebenen Bildungsabschlüsse wurde ein Indikator bestimmt, der den „höchsten formalen Bildungsabschluss“ misst: kein Schulabschluss, obligatorische Schule, Anlehre, Berufsbildung, Allgemeinbildung, Höhere Berufsbildung oder (Fach) Hochschule <sup>7</sup>

Tab. 5: Indikator „Höchster formaler Bildungsabschluss“

---

Kein Schulabschluss
Obligatorische Schule
Anlehre
Berufsbildung
Allgemeinbildung
Höhere Berufsbildung
(Fach) Hochschule

---

#### Arbeitsintegration

Die Arbeitsintegration wurde über das geleistete Erwerbsarbeitspensum, d.h. über die durchschnittlich pro Woche für bezahlte Tätigkeiten aufgewendeten Stunden operationalisiert. Werden die Nicht-Erwerbstätigen in die Analyse einbezogen, ergibt dies den Indikator „Arbeitsintegration“: Keine Erwerbstätigkeit, 1-9 Std. pro Woche, 10-19 Std. pro Woche, 20-36 Std. pro Woche, 37 Std. pro Woche oder mehr.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> Klassifikation der höchsten formalen Bildungsabschlüsse nach BfS (Bundesamt für Statistik, 2002): Anlehre = Anlehre, Haushaltslehre; Berufsbildung = Berufslehre, Berufsmittelschule, Vollzeitberufsschule, Handelsschule; Allgemeinbildung = Berufsmatura, Maturitätsschule, Lehrerseminar, Diplom- und Wirtschaftsmittelschule; Höhere Berufsbildung = Meisterprüfung, Techniker- und Fachschule, Höhere Fachschule, Ingenieurschule, Technikum; (Fach) Hochschule = Fachhochschule, Universität, Doktorat.

<sup>8</sup> Kategorisierung gemäss BfS (Bundesamt für Statistik, 2002): vollzeiterwerbstätig ( $\geq 90\%$ ) = durchschnittlich 37 Std. oder mehr bezahlte Tätigkeit pro Woche, teilzeiterwerbstätig I (50–89%) = durchschnittlich 20–36 Std. bezahlte Tätigkeit pro Woche, teilzeiterwerbstätig II ( $< 50\%$ ) = durchschnittlich bis 19 Std. bezahlte Tätigkeit pro Woche.

Tab. 6: Indikator „Arbeitsintegration“

---

Keine Erwerbstätigkeit
1–9 Std. pro Woche
10–19 Std. pro Woche
20–36 Std. pro Woche
37 Std. pro Woche oder mehr

---

### **Persönliches Einkommen**

Das persönliche Einkommen beinhaltet das monatliche Nettoeinkommen (inkl. Unterstützungsleistungen von Sozialversicherungen, Staat und Privaten nach Abzug der obligatorischen Sozialversicherungsbeiträge und der Pensionskassenbeiträge). Es wurde mit folgenden vorgegebenen Kategorien erfasst:

Tab. 7: Indikator „Persönliches Einkommen“

---

Bis CHF 1'999.–
CHF 2'000.– bis 2'999.–
CHF 3'000.– bis 4'499.–
CHF 4'500.– bis 5'999.–
CHF 6'000.– bis 8'999.–
über CHF 9'000.–

---

### **Haushaltseinkommen**

Das Haushaltseinkommen beinhaltet das monatliche Nettoeinkommen (inkl. Unterstützungsleistungen von Sozialversicherungen, Staat und Privaten nach Abzug der obligatorischen Sozialversicherungsbeiträge und der Pensionskassenbeiträge). Es wurde mit folgenden vorgegebenen Kategorien erfasst:

Tab. 8: Indikator „Haushaltseinkommen“

---

bis CHF 1'999.–
CHF 2'000.– bis 2'999.–
CHF 3'000.– bis 4'499.–
CHF 4'500.– bis 5'999.–
CHF 6'000.– bis 8'999.–
über CHF 9'000.–

---

## **Wohnraum pro Person**

In dieser Untersuchung wurde für die weitere Analyse der Indikator „Wohnraum bzw. Anzahl Zimmer pro Person“ gebildet, der sowohl die Entfaltungsmöglichkeiten der Haushaltsmitglieder als auch deren Rückzugsmöglichkeiten berücksichtigt:

Tab. 9: Indikator „Wohnraum pro Person“

---

Weniger als 1 Zimmer
1 Zimmer
Mehr als 1 Zimmer, aber weniger als 2 Zimmer
2 Zimmer
Mehr als 2 Zimmer

---

## **Soziale Kontakte**

In der vorliegenden Untersuchung wurde die Netzwerkgrösse (Gesamtzahl der haushaltsinternen und -externen Kontakte) mit den Antwortkategorien „1-6 Personen“, „7-12 Personen“, „13-27 Personen“ oder „mehr als 27 Personen“ erfasst. Sie bieten einen quantitativen Hinweis auf die soziale Eingebundenheit der Menschen mit Behinderungen.

Einen Einblick in die Qualität der sozialen Beziehungen gibt die Frage nach Vertrauenspersonen, d.h. ob es Personen gibt, mit denen man sich besonders gut versteht und über persönliche Probleme reden kann (Antwortformat: „Ja, mehrere Personen“, „Ja, eine Person“, „Nein, keine“). Für den Indikator „Soziale Kontakte“ wurden die Fragen zur Netzwerkgrösse und zu den Vertrauenspersonen aggregiert.

## **Freizeit**

Als Indikator für die „Freizeit“ wurden die spezifisch extern-geselligen Aktivitäten ausgewählt, weil sie einen wichtigen Aspekt der Integration und Partizipation darstellen: Die Befragten mussten angeben, wie häufig (Antwortformat sechsstufig: „täglich“ bis „gar nie“) sie mit Freunden, Kollegen, Bekannten zusammen sind, Sport treiben, ausgehen, unter Leuten sind, in Bar, Restaurant o.ä., Kulturveranstaltungen wie Konzert, Kino o.ä. oder Freizeitparks, Chilbi, Sportanlässe besuchen.

## **Mobilität**

Der Fragebogen erfasst wie häufig (Antwortformat fünfstufig: „täglich“ bis „nie“) Hilfe für kurze Fusswege, für grössere Entfernungen und für die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel

in Anspruch genommen wird. Für den Indikator „Mobilität“ wurde der Durchschnittswert über die drei Variablen berechnet.

### **Unabhängigkeit von Hilfeleistungen**

Die objektiv gegebene Abhängigkeit von Hilfeleistungen wurde in der vorliegenden Untersuchung erfasst, indem die Befragten angeben mussten, wie oft von „mehrmals täglich“ bis „seltener“ (fünfstufiges Antwortformat) sie je Hilfe im Haushalt, in der Pflege und bei Konflikten und Krisen in Anspruch nehmen. Zusätzlich wurde nach der Häufigkeit von ärztlichen und therapeutischen Behandlungen gefragt (Allgemeinarzt/Allgemeinärztin, andere/r Arzt/Aerztin, Psychologe/Psychologin, Psychiater/in, Physiotherapeut/in, Chiropraktor/in, alternativmedizinische/r Therapeut/in, andere/r nicht medizinische/r Therapeut/in (Antwortformat sechsstufig „täglich“ bis „seltener“)). Für den Indikator „Unabhängigkeit von Hilfeleistungen“ wurde die Abhängigkeit von Hilfeleistungen im Haushalt, Pflege und bei Konflikten mit der Abhängigkeit von ärztlichen und therapeutischen Behandlungen aggregiert.

### **Absenz von Stigmatisierung<sup>9</sup>**

Eine Beeinträchtigung zu haben, impliziert eine Abweichung von gesellschaftlich definierter Normalität. Diese Abweichung kann mit sozialer Ablehnung oder gar Stigmatisierung und Diskriminierung einhergehen. Der Fragebogen erfasst daher stigmatisierende Erfahrungen der Betroffenen im alltäglichen Umgang mit anderen wie z.B. ungefragt angefasst werden, ungefragt geduzt werden, ignoriert werden, abgewertet, „nicht für voll genommen werden“ usw. Zusätzlich interessierte ob die Beeinträchtigungen versteckt bzw. verheimlicht und gesellschaftliche Anlässe vermieden werden. Als Antwortkategorien figurierte „häufig“, „manchmal“, „selten“ und „nie“. Für den Indikator „Absenz von Stigmatisierung“ wurden die stigmatisierenden Erfahrungen und die Fragen hinsichtlich des Versteckens der Beeinträchtigungen und des Vermeidens von gesellschaftlichen Anlässen aggregiert.

---

<sup>9</sup> Da vor allem Fragen zur Erfahrung und Befürchtung von Stigmatisierung zu einem Indikator gebündelt wurden, ist der Indikator nicht „Absenz von Diskriminierung“, sondern „Absenz von Stigmatisierung“ benannt.

## **Allgemeiner Gesundheitszustand**

Um etwas über den allgemeinen Gesundheitszustand von Menschen mit Behinderungen zu erfahren, wurden im Fragebogen Angaben zu Art und Häufigkeit der Beschwerden (Kopfschmerzen, Schmerzen anderer Art, Ängste, depressive Verstimmungen, Essstörungen, Verdauungsbeschwerden, Herz-/Kreislaufstörungen, allgemeines Unwohlsein (Antwortformat sechsstufig: „täglich“ bis „weniger als einmal pro Monat“)) und das Angewiesensein auf Medikamente (Skala von 0-10) erhoben. Für den Indikator „allgemeiner Gesundheitszustand“ wurden die „durchschnittliche Beschwerdeshäufigkeit“ und das „Angewiesensein auf Medikamente“ aggregiert.

## **Selbstbestimmung**

Neben der objektiv gegebenen Abhängigkeit bzw. Unabhängigkeit von Hilfeleistungen bei Menschen mit Behinderungen gibt es auch eine von den Betroffenen subjektiv interpretierte Unabhängigkeit bzw. Selbstbestimmung. Sie beinhaltet nach Hahn „das Gefühl, unabhängig von anderen seine Intentionen verwirklichen zu können und nicht passiv dem Aktivsein anderer als Handlungsobjekt ausgeliefert zu sein“ (Hahn, 1981).

Auf der Basis dieser Definition und einer von Windisch und Kniel (1993) entwickelten Skala zur Selbstbestimmung wurde in der vorliegenden Untersuchung eine Batterie von 10 Fragen zusammengestellt und eingesetzt. Beispielitems sind „Ich kann leben wie ich will“, „Schwierigkeiten bewältige ich aus eigener Kraft“, „Meinen Alltag gestalte ich selbst“. Das Antwortformat war fünfstufig „immer“, „häufig“, „manchmal“, „selten“ und „nie“.

## **Selbstwirksamkeit**

Zur Messung der Selbstwirksamkeit kam die Skala zur Messung allgemeiner Selbstwirksamkeit von Jerusalem und Schwarzer (1999) zum Einsatz. Bei Selbstwirksamkeit handelt es sich analog zu Kontrollüberzeugungen um generalisierte Erwartungen im Sinne der sozialen Lerntheorie. Im Unterschied zu den spezifischen Selbstwirksamkeitserwartungen (Bandura, 1977) wird die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung als ein Aggregat über die Selbstwirksamkeitserwartungen in unterschiedlichen Lebensbereichen verstanden (Satow, 2000). Es handelt sich also um eine Erwartungshaltung, die „die subjektive Ueberzeugung zum Ausdruck bringt, aufgrund eigenen Handelns schwierige Anforderungen bewältigen zu können“ (Schwarzer, 1993) (S. 188). Die Skala besteht aus 10 Items (Beispielitems: „Wenn sich Wi-

derstände aufzutun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen“, „In unerwarteten Situationen weiss ich immer, wie ich mich verhalten soll“, „Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden“). Das Antwortformat ist vierstufig von „stimmt genau“ bis „stimmt nicht“.

### **Lebenszufriedenheit**

Lebenszufriedenheit wird in der vorliegenden Untersuchung als Ergebnis eines Urteilsprozesses aufgefasst, in den Bewertungen der eigenen Person und des eigenen Lebens einfließen. Dabei wird angenommen, dass Menschen einen individuellen Standard konstruieren, den sie für sich als angemessen wahrnehmen, und anhand dessen sie ihre aktuelle Lebenslage bewerten. Lebenszufriedenheit lässt sich daher als subjektives Urteil und weniger als ein Urteil fassen, das auf externen objektiven Standards beruht (Diener, 1984). Eingesetzt wurde eine von Ferring et al. (1996) entwickelte Skala zur aktuellen Lebenszufriedenheit mit den Beispielitems „Mein Leben ist ausgefüllt mit interessanten Dingen“, „Manchmal erscheint mir das Leben kaum noch lebenswert“, „Das meiste, was ich so mache, ist eintönig und langweilt mich“. Das Antwortformat war eine vierstufige Skala mit den Polen „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft genau zu“.

### **Psychische Gesundheit**

Die psychische Gesundheit der Befragten wurde mit dem in der Gesundheitsbefragung vom Jahre 2002 verwendeten Depressions-Screening-Questionnaire (DSQ) erfasst. Der DSQ ist als prototypischer diagnostischer Fragebogen mit einer hohen Test-Retest-Reliabilität auf der Item- und Diagnoseebene konzipiert (Krause et al., 2001). Beispielitems sind: Während der letzten zwei Wochen: „Haben Sie sich die meiste Zeit des Tages traurig, niedergeschlagen oder deprimiert gefühlt?“, „Haben Sie Ihren Appetit verloren oder erheblich an Gewicht verloren?“, „Haben Sie Ihr Selbstvertrauen verloren, sich wertlos oder schuldig gefühlt, oder machten Sie sich unbegründet Selbstvorwürfe?“. Das Antwortformat war dreistufig: „ja, an den meisten Tagen“, „ja, manchmal“ oder „nein, nie“.

### **Selbstwert**

Wichtig für Menschen mit Behinderungen ist nicht nur die Selbstwirksamkeit, sondern auch, sich trotz Beeinträchtigungen zu akzeptieren, überzeugt zu sein, „jemand“ zu sein, „etwas“ zu können, sich wertvoll zu fühlen und von anderen geschätzt zu werden. Der Selbstwert der

Befragten wurde daher mit einer von Grob (1995) entwickelten Skala erfasst mit den drei Items „Ich bin fähig, Dinge ebenso gut wie die meisten anderen Menschen zu tun“, „Ich fühle mich ebenso wertvoll wie andere“, „Ich habe mir gegenüber eine positive Einstellung“. Das Antwortformat war sechsstufig von „ist total falsch“ bis „ist total richtig“.

## **Persönlichkeit**

Die Persönlichkeit der Menschen mit Behinderungen wurde mit der Kurzversion des MRS-Inventars von Ostendorf (1990) erfasst, das von Schallberger und Venetz entwickelt wurde (Schallberger & Venetz, 1999). Ausgangspunkt bildete dabei das 45 bipolare Adjektivpaare umfassende Inventar minimal redundanter Skalen (MRS-Inventar) von Ostendorf (1990). Es erfasst die im Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit enthaltenen Dimensionen Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, Emotionale Stabilität (Neurotizismus) und Kultur. Aufgrund verschiedener empirischer Studien an total über 3500 Untersuchungspersonen werden Kurzversionen von 30, 25 und 20 Items vorgeschlagen. Sie weisen trotz der Kürzung hohe faktorielle Validität und für Forschungszwecke mehr als genügende Reliabilität auf. Ebenso befriedigend sind erste Befunde zur zeitlichen Stabilität und zur Beziehung zu Drittvariablen.

Die Skalen werden - den Ausführungen von Ostendorf (1990) folgend - skizziert.

### **1. Extraversion**

Befragte mit hohen Werten in Extraversion sind aktiv, durchsetzungsfähig, gesprächig, tatkräftig und optimistisch. Sie lieben Anregungen und Aufregungen.

### **2. Verträglichkeit**

Befragte mit hohen Werten in der Skala Verträglichkeit sind altruistisch, mitfühlend, verständnisvoll und wohlwollend. Sie neigen zur Nachgiebigkeit und haben ein starkes Harmoniebedürfnis.

### **3. Gewissenhaftigkeit**

Die Skala Gewissenhaftigkeit unterscheidet zuverlässige und anspruchsvolle von gleichgültigen und nachlässigen Personen. Befragte mit hohen Werten sind ausdauernd, genau, zuverlässig, zielstrebig und systematisch.

### **4. Neurotizismus**

Befragte mit hohen Werten in Neurotizismus neigen dazu, sich häufiger zu ärgern, sich zu



entrüsten, traurig zu sein, verlegen zu sein und unrealistische Ideen zu haben. Sie sind weniger in der Lage, ihre Bedürfnisse zu kontrollieren und auf Stresssituationen angemessen zu reagieren.

## 5. Kultur

Befragte mit hohen Werten bezüglich Kultur zeichnen sich durch eine hohe Wertschätzung für neue Erfahrungen aus, bevorzugen Abwechslung, sind wissbegierig, unabhängig in ihrem Urteil und interessieren sich für persönliche und öffentliche Ereignisse.

Die Gegensatzpaare werden mit einer sechsstufigen Antwortskala beantwortet: „sehr“, „ziemlich“, „eher“, „eher“, „ziemlich“, „sehr“.

## **Bewältigungsformen**

Die Erfassung der Copingstrategien kann episodisch (konkrete, einmalige Situationen) und dispositionell (habituelle Bewältigungsstile, die in unterschiedlichen Stresssituationen angewendet werden) erfolgen.

Die von Lazarus und Folkman (1984) als methodische Neuorientierung vorgeschlagene Erfassung kontextabhängiger, aktueller Bewältigungsprozesse anstelle dispositioneller Bewältigungsstile wird in vielen neueren Forschungsarbeiten übernommen und forciert zur Zeit die allgemeine Theorie- und Methodenentwicklung in der Bewältigungsforschung. In aufwändigen Interviews werden Bewältigungsprozesse analysiert.

Gleichzeitig mehren sich jedoch auch Hinweise darauf, dass dann, wenn anstelle einer mikroanalytischen Betrachtungsweise, bei der einzelne spezifische Gedanken und Handlungen erfasst werden, eine makroanalytische, d.h. zeitlich ausgedehnte und auf stärkere Abstraktion ausgerichtete Forschungsstrategie favorisiert wird, sich durchaus Konsistenzen bezüglich dominierender Bewältigungsformen bzw. individuumsspezifischer Konstellationen von Bewältigungsformen über die Zeit finden lassen. Insgesamt scheinen vorliegende Ergebnisse die These einiger Forscher zu bestätigen, dass interindividuelle Unterschiede hinsichtlich habitualisierter Bevorzugung bestimmter Bewältigungsstrategien existieren, die auf zugrunde liegende Bewältigungsdispositionen zurückzuführen sind (vgl. Uebersicht: Schuhmacher & Reschke, 1994).

Bewältigungsdispositionen werden in der Regel mittels Fragebogen erfasst. Sie sind durch eine hohe Messgenauigkeit, Normiertheit und vielfältige Vergleichbarkeit gekennzeichnet.

In der vorliegenden Untersuchung wurde die dispositionelle Bewältigung in den Vordergrund gerückt, da nicht das prozesshafte-dynamische Geschehen der Bewältigung, sondern das Verhalten von Menschen mit Behinderungen allgemein betrachtet werden sollte.

Die breite und differenzierte Erfassung des dispositionellen Bewältigungsverhaltens sowie die Konstruktion des Instruments aufgrund theoretischer und empirischer Überlegungen und Forschungsergebnisse machen den Fragebogen Brief-COPE von Carver (1997) zum Instrument der Wahl für diese Untersuchung. Neben der hohen Messgenauigkeit spielt auch die Tatsache eine Rolle, dass mit dem Brief-COPE mit wenig Aufwand die Bewältigung gemessen werden kann.

Der Brief-COPE (Carver, 1997) wurde aus dem 60-Item Instrument COPE Inventory (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989) zusammengestellt und besteht aus 14 Skalen mit je 2 Items. Wobei die Strategien aktives Bewältigen, Planen, positives Umdeuten, Akzeptieren, Humor, Religion, Gebrauch von emotionaler und instrumenteller Unterstützung, Ablenkung, Verleugnung, Gefühlsausbruch, Gebrauch von Drogen, Resignation und Selbstbeschuldigung gemessen werden.

Sie werden nachfolgend beschrieben:

### 1. Aktives Bewältigen

Unter „Aktiver Bewältigung“ werden jene Aktivitäten subsummiert, die darauf abzielen, den Stressor zu entfernen, zu umgehen oder seine Auswirkungen zu mildern. Carver et al. (1989) bezeichnen „Aktive Bewältigung“ als den „Kern“ des problemorientierten Coping.

### 2. Planen

Die Planung möglicher Schritte oder Aktivitäten geht der aktiven Problembewältigung voraus. Carver et al. (1989) heben das Stadium der Planung klar vom Bewältigungsprozess ab („...planning occurs during secondary appraisal, whereas active coping occurs during the coping phase.“ (S. 268))

### 3. Positives Umdeuten

Für Lazarus und Folkman (1984) schlägt sich diese Tendenz in Anstrengungen nieder, die Stressempfinden und weniger den Stressor per se in den Griff zu kriegen. Der Wert dieser Anstrengungen beschränkt sich nicht auf eine Stressreduktion; sie sollen die Person intrin-

sisch motivieren, aktive, problemzentrierte Bewältigung weiter zu betreiben oder diese wieder aufzunehmen.

#### 4. Akzeptieren

Akzeptanz gewinnt seine Wichtigkeit vor allem in Situationen, in denen die Umstände ein Handeln nicht erlauben und es darum geht, die Existenz eines Stressors anzuerkennen und zu lernen, damit umzugehen. „Akzeptanz“ kann funktional oder dysfunktional sein.

#### 5. Humor

Hier soll die Gewohnheit erfasst werden, Belastungen ins Lächerliche zu ziehen und Witze darüber zu machen. Die emotionale Distanzsuche liegt dieser Strategie zugrunde und führt dazu, die Belastung nicht so stark zu spüren.

#### 6. Religion

Religion als Bewältigungsform kann bedeuten, dass man soziale Unterstützung erhält, positive Neuinterpretation anwendet oder aktive Bewältigung durch den Glauben möglich wird.

#### 7. Gebrauch von emotionaler Unterstützung

Die Suche nach emotionaler Unterstützung zielt darauf ab, moralische Unterstützung, Verständnis und Sympathie für die eigene Person zu erfahren und ist ein typisches Beispiel für emotionsorientiertes Coping.

#### 8. Gebrauch von instrumenteller Unterstützung

Die Suche nach instrumenteller Unterstützung beschreibt die Suche bei anderen Personen nach Rat, Hilfe oder Information. Diese Bewältigungsform ist ein typisches Beispiel für problemorientiertes Coping.

#### 9. Ablenkung

Ablenkung meint, sich bei Stress der Arbeit oder anderen Aktivitäten zuzuwenden, um eine innere Distanz zum Stressor gewinnen zu können.

#### 10. Verleugnung

Verleugnung ist definiert als die Weigerung, die Existenz einer Belastung anzuerkennen oder als Handlung, die darauf beruht, dass der Stressor als nicht wirklich wahrgenommen wird. „Verleugnung“ kann funktional und dysfunktional auf die Effektivität der Bewältigung wirken. In einer ersten Phase einer Belastung kann Verleugnung helfen, „kühlen Kopf“ zu be-

wahren und kann Zeit und eine gewissen Distanz zum Stressor schaffen. Findet kein Uebergang zu einer anderen Bewältigung statt, kann die Bewältigung erheblich behindert werden.

#### 11. Gefühlsausbruch

Gefühlsausbruch bedeutet, negativen Gefühlen Ausdruck zu geben. Diese Bewältigungsstrategie ist nicht unumstritten: Ein Gefühlsausbruch kann befreien, kann aber auch den Blick für Dinge trüben, die zu einer Bewältigung der Stresssituation führen könnten.

#### 12. Gebrauch von Drogen

Gebrauch von Drogen erfasst die Tendenz, Alkohol und andere Drogen wie Medikamente zu konsumieren, um einem Stressor zu entgehen und sich mental von ihm zu lösen.

#### 13. Resignation

Resignation vermindert die Anstrengungen, die darauf zielen, mit dem Stressor fertig zu werden und bedeutet sogar die Aufgabe von gesteckten Zielen. „Resignation“ wird in der Theorie als wahrscheinlich beschrieben, wenn die Aussicht auf einen Erfolg der Bewältigungsanstrengungen gering scheint.

#### 14. Selbstbeschuldigung

Selbstbeschuldigung meint, sich selbst zu kritisieren und sich Vorwürfe über Dinge zu machen, die geschehen sind.

## 4. Ergebnisse

Der Ergebnisteil umfasst drei Unterkapitel. Als erstes wird die Untersuchungstichprobe mit Hilfe der deskriptiven Statistik beschrieben (Kapitel 4.1). Dann folgen die Ergebnisse der Skalenanalysen (Kapitel 4.2) und die Resultate aus der Testung des Beziehungsmodells Mediation (Kapitel 4.3).

### 4.1 Beschreibung der Stichprobe

Im Folgenden soll der Rücklauf der Fragebogen analysiert und die Merkmale der resultierenden Stichprobe beschrieben werden.

#### 4.1.1 Rücklauf

##### 4.1.1.1 Zeitlicher Verlauf des Rücklaufs

Die gesamte Erhebung dauerte vom Beginn des Fragebogenversandes am 25.8.2003 bis zum Eingabeabschluss am 3.11.2003 ganze 10 Wochen. Die wöchentlichen Phasen der Rücksendungen der Fragebogen werden in Tabelle 10 veranschaulicht. Nach einer ersten starken – jedoch abnehmenden – Häufung der Rücksendungen in der 2. bis 4. Woche (54.9%) verhalf das am 15.9.2003 versandte Erinnerungsschreiben zu einem erneut hohen Rücklauf in der 5. Woche (23.4%). Danach nahm der Rücklauf deutlich ab. Während den drei letzten Wochen der Erhebung gingen noch 4% der ausgefüllten Fragebogen ein.

Tab. 10: Phasen der Rücksendungen der Fragebogen (Eingangsdaten)

Woche	Datum	Anzahl absolut	Anzahl in %
1. Woche	25.08.–31.08.2003	29	1.4
2. Woche	01.09.–07.09.2003	446	22.2
3. Woche	08.09.–14.09.2003	309	15.4
4. Woche	15.09.–21.09.2003	348	17.3
5. Woche	22.09.–28.09.2003	470	23.4
6. Woche	29.09.–05.10.2003	204	10.2
7. Woche	06.10.–12.10.2003	121	6.0
8. Woche	13.10.–19.10.2003	37	1.8
9. Woche	20.10.–26.10.2003	29	1.4
10. Woche	27.10.–03.11.2003	15	0.7
<b>Total</b>	<b>25.08.–03.11.2003</b>	<b>2'008</b>	<b>100.0</b>

#### 4.1.1.2 Rücklaufquote

Tabelle 11 informiert über die Rücklaufquote der Befragung. Die Analyse kann sich – nach Abzug der von den IV-Stellen nicht zugestellten Fragebogen – auf 2'008 ausgefüllte Fragebogen stützen. Dies entspricht einem sehr guten Rücklauf von 42.1%, der deutlich über dem im Pretest erreichten Rücklauf (30%) liegt.

Tab. 11: Rücklaufquote

	Anzahl absolut	Anzahl in %
Bruttostichprobe	5'000	
Nicht zugestellte Fragebogen	229	
Nettostichprobe	4'771	100.0
<b>Rücklauf ausgefüllter Fragebogen</b>	<b>2'008</b>	<b>42.1</b>

#### 4.1.1.3 Erhebungsformen

Der grösste Teil der Fragebogen (98%) ist von den Betroffenen schriftlich ausgefüllt und per Post zurückgeschickt worden. In nur gerade 37 Fällen wurde die Befragung am Telefon durchgeführt, wobei sich diese Telefoninterviews in der Regel auf eine Teilauswahl von vorher festgelegten Kernfragen beschränkten. Die Telefoninterviews wurden auch mehrheitlich mit den Betroffenen selbst geführt, in immerhin 6 der 37 Fälle wurden die entsprechenden Informationen über Angehörige oder professionelle Betreuer/innen eingeholt.

Tabelle 12 veranschaulicht den Einbezug von Proxies bei der schriftlichen Befragung. Beinahe 70% der zurückgeschickten Fragebogen wurden von den Angeschriebenen ausschliesslich selber ausgefüllt, 20% unter Mithilfe von anderen und nur rund 6% ausschliesslich von Angehörigen oder professionellen Helfern/Helferinnen.

Tab. 12: Einbezug von Proxies bei der schriftlichen Befragung

	Anzahl absolut	Anzahl in %
Ausschliesslich selber ausgefüllt	1'382	68.8
Unter Mithilfe von Angehörigen ausgefüllt	290	14.4
Unter Mithilfe von professionellen Helfern/Helferinnen ausgefüllt	65	3.2
Unter Mithilfe anderer Personen ausgefüllt	44	2.2
Ausschliesslich von Angehörigen ausgefüllt	83	4.1
Ausschliesslich von professionellen Helfern/Helferinnen ausgefüllt	19	0.9
Ausschliesslich von anderen Personen ausgefüllt	13	0.6
Fehlende Angaben	112	5.6
<b>Total</b>	<b>2'008</b>	<b>100.0</b>

#### 4.1.2 Merkmale der Stichprobe

In den folgenden Kapiteln wird bei der Beschreibung der Stichprobe zum einen die Gesamtstichprobe in den Blick genommen. Zum anderen werden die IV-Rentner/innen und Bezüger/innen von individuellen Massnahmen separat betrachtet. Die Beurteilung der Repräsentativität der Stichprobe kann nur für die *IV-Rentner/innen* des Samples vorgenommen werden, da für die Bezüger/innen individueller Massnahmen keine Vergleichszahlen vorliegen.

##### 4.1.2.1 Leistungsart der IV

Die Stichprobe besteht mehrheitlich aus Bezüger/innen einer IV-Rente (61.5%). Deutlich weniger Respondenten nutzen eine individuelle Massnahme (38.5%) (siehe Tabelle 13). Diese Werte aus Tabelle 13 weichen insgesamt nur wenig von der Gesamtpopulation der IV-Leistungsbezüger/innen der Schweiz ab, wo 58% IV-Renten bzw. 42% individuelle Massnahmen beziehen.<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Berechnung nach IV-Statistik: 170'000 individuelle Massnahmen, 235'000 IV-Renten (Total Renten 271'000 – Bezüger/innen mehrfacher IV-Leistungen: 16'000 HL, 8'000 HL und individuelle Massnahmen, 12'000 individuelle Massnahmen) (Bundesamt für Sozialversicherung, 2003a, S.7 und Tab. 6.7, S. 48).

Tab. 13: Leistungsart der IV (Angaben in %)

	Alle (N=1952)
IV-Renten	61.5
Individuelle Massnahmen	38.5

#### 4.1.2.2 Beeinträchtigungen

Aus der Tabelle 14 wird ersichtlich, dass Menschen mit einer Körperbeeinträchtigung die grösste Gruppe aller Befragten bilden (46.2%), gefolgt von den Menschen mit einer Sinnesbeeinträchtigung (27.7%) und einer psychischen Beeinträchtigung (27.3%).

Der Vergleich zwischen den IV-Rentnern/Rentnerinnen und Bezüger/Bezügerinnen individueller Massnahmen bringt einige substantielle Unterschiede hervor: Während bei den Bezüger/Bezügerinnen individueller Massnahmen rund ein Drittel (33.4%) eine Körperbeeinträchtigung und nur 9% eine psychische Beeinträchtigung angeben, haben über die Hälfte der IV-Rentner/innen (55.1%) eine Körperbeeinträchtigung und 39.4% eine psychische Beeinträchtigung. Umgekehrt stellt sich die Situation bei den Sinnesbeeinträchtigungen (Hör- und Sehbeeinträchtigung) dar. Über die Hälfte der Bezüger/innen individueller Massnahmen (50.6%) haben ihre Beeinträchtigung dieser Kategorie zugeordnet, bei den IV-Rentnern/Rentnerinnen hingegen nur 12%.

Tab. 14: Art der Beeinträchtigungen<sup>1)</sup> (Angaben in %)

	Alle (N zwischen 1914 und 1916)	IV-Renten (N zwischen 1146 und 1147)	Individuelle Massnahmen (N zwischen 721 und 723)
Körperbehinderung	46.2	55.1	33.4
Sinnesbehinderung (Hör-, Sehbehinderung)	27.7	12.0	50.6
Funktionseinschränkung innerer Organe	10.9	16.2	3.2
Psychische Beeinträchtigung	27.3	39.4	9.0
Anfallskrankheit	6.4	8.8	2.6
Multiple Sklerose	1.8	2.5	0.6
Beeinträchtigung der Kommunikation	9.4	11.5	6.1
Geistige Behinderung	8.0	12.6	1.1
Sucht	4.2	6.8	0.4
Andere	12.5	12.6	12.6

1) Vorgegebene Antwortkategorien, Mehrfachantworten möglich.



Da bei den vorgegebenen Antwortkategorien Mehrfachantworten erlaubt waren, wird es möglich aufzuzeigen, wie viele der Befragten eine oder mehrere Beeinträchtigungen aufweisen.

Rund 62% aller Befragten haben ihre Beeinträchtigungen einer Kategorie, 38% zwei bis sechs Kategorien zugeordnet. Damit weist über ein Drittel aller Befragten eine Mehrfachbeeinträchtigung auf (50% der IV-Rentner/innen haben eine Mehrfachbeeinträchtigung und 19% der Bezüger/innen individueller Massnahmen).

Ein Vergleich des in dieser Untersuchung erreichten Spektrums von Menschen mit Behinderungen mit der IV-Statistik erweist sich als schwierig, weil – wie oben erwähnt – in dieser Untersuchung Mehrfachantworten möglich waren, es sich um Selbsteinschätzungen handelt, die bei der IV-Statistik angegebenen „Gebrechensgruppen“ nicht vollständig den hier gewählten Antwortkategorien zugeordnet werden können und diese Angaben zudem nur zu Rentner/innen gemacht werden.

Insgesamt lässt sich für die *IV-Rentner/innen* im Sample (mit denen aufgrund der IV-Statistik überhaupt ein Vergleich angestellt werden kann) doch sagen, dass die Gruppen der Menschen mit Behinderungen, die bevorzugt Eingang in die Stichprobe fanden (Menschen mit einer Körperbeeinträchtigung, Funktionseinschränkung der inneren Organe oder einer psychischen Beeinträchtigung), auch bei der IV-Statistik die grössten Gruppen bilden.

Bezüglich der Ursache der Beeinträchtigungen (siehe Tabelle 15) wird bei allen Befragten „angeboren“ mit 24% am häufigsten genannt, je rund ein Fünftel aller Befragten verweisen auf eine „andere Erkrankung“ (21.7%), „psychische Überbelastung“ (19.7%) und „körperliche Überbelastung“ (19.4%). Der Vergleich zwischen den IV-Rentnern/Rentnerinnen und den Bezügern/Bezügerinnen individueller Massnahmen zeigt grosse Unterschiede bei der psychischen Überbelastung (27.5% vs. 8%) und der körperlichen Überbelastung (24.1% vs. 12.2%).

Tab. 15: Ursache der Beeinträchtigungen<sup>1)</sup> (Angaben in %)

	Alle (N zwischen 1907 und 1911)	IV-Renten (N zwischen 1145 und 1148)	Individuelle Massnahmen (N zwischen 714 und 717)
Angeboren	24.0	21.6	26.6
Komplikation bei Geburt	5.0	6.1	3.5
Anerkannte Berufskrankheit	9.0	9.0	8.2
Andere Erkrankung	21.7	20.6	23.9
Berufsunfall	6.7	8.6	3.9
Unfall in der Wohnung	1.4	1.5	1.0
Verkehrsunfall	6.8	8.5	4.2
Sport- und Freizeitunfall	4.2	3.7	5.0
Psychische Überbelastung	19.7	27.5	8.0
Körperliche Überbelastung	19.4	24.1	12.2
Andere Ursache	27.6	24.2	33.7

1) Mehrfachantworten möglich.

Fasst man die detaillierte Ursachenliste wie in der IV-Statistik 2003 (Bundesamt für Sozialversicherung, 2003a, S. 58) in die groben Kategorien „angeboren“, „Krankheit (Berufskrankheit, andere Erkrankung, psychische Überbelastung, körperliche Überbelastung)“ und „Unfall“ zusammen, so ergibt sich für die IV-Rentner/innen der Stichprobe folgende Verteilung und Abweichung zur IV-Statistik:

Die Ursache der Beeinträchtigungen ist bei rund 20% der IV-Rentner/innen „angeboren“ (IV-Statistik 11%), bei 70% „Krankheit“ (IV-Statistik 78%), bei 20% „Unfall“ (IV-Statistik 10%). Zu betonen ist dabei, dass bei der vorliegenden Untersuchung Mehrfachantworten möglich waren.

#### 4.1.2.3 Geschlecht

Die Stichprobe enthält insgesamt 45.2% weibliche Befragte und 54.8% männliche Befragte (siehe Tabelle 16 ). In der Gruppe der IV-Rentner/innen liegt der Anteil der Frauen mit 44.3% leicht tiefer als bei den Bezüger/innen individueller Massnahmen (46.2%). Gemäss der neuesten IV-Statistik (Bundesamt für Sozialversicherung, 2003a, Tab. 6.14, S.58) sind in der Gesamtpopulation der IV-Rentner/innen 44.2% Frauen resp. 55.8% Männer, was sehr genau der Stichprobe entspricht.

Tab. 16: Geschlecht (Angaben in %)

	Alle (N=1950)	IV-Renten (N=1174)	Individuelle Massnahmen (N=725)
Weiblich	45.2	44.3	46.2
Männlich	54.8	55.7	53.8

#### 4.1.2.4 Alter

Über die Hälfte aller Befragten (54.2%) sind zwischen 50 und 65 Jahren alt. Die zahlenmässig kleinste Altersgruppe bilden die 18 bis 29-Jährigen (11.5%), wobei diese bei den Bezü-  
gern/Bezügerinnen individueller Massnahmen (15.9%) fast doppelt so gross ist wie bei den  
IV-Rentnern/Rentnerinnen (8.3%) (siehe Tabelle 17).

Tab. 17: Alter (Angaben in %)

	Alle (N=1912)	IV-Renten (N=1151)	Individuelle Massnahmen (N=712)
18–29 Jahre	11.5	8.3	15.9
30–39 Jahre	13.0	13.5	12.8
40–49 Jahre	21.3	23.4	18.1
50–59 Jahre	31.9	32.1	32.3
60–65 Jahre	22.3	22.8	20.9

Die Altersverteilung weicht insgesamt wenig von der Verteilung der Gesamtpopulation der  
IV-Rentner/innen ab (Bundesamt für Sozialversicherung, 2003a, Tab. 6.17, S. 89): Die jüngs-  
te Altersgruppe von 18 bis 29 Jahren ist in der Stichprobe der IV-Rentner/innen leicht stärker  
vertreten (8.3% vs. 6.6%), die Altersgruppe von 50 bis 59 Jahren ist leicht weniger vertreten  
(32.1% vs. 36.4%), dafür ist die Altersgruppe von 60 bis 65 Jahren leicht stärker vertreten  
(22.8% vs. 18.7%).

#### 4.1.2.5 Nationalität

Die nachfolgende Tabelle 18 zeigt, dass der Anteil der Personen ohne Schweizer Staatsange-  
hörigkeit in der Stichprobe insgesamt 17% beträgt. Bei den IV-Rentnern/Rentnerinnen ist er  
dabei mit 21.3% deutlich höher als bei den Bezü-  
gern/Bezügerinnen von individuellen Mass-  
nahmen der IV (10.5%).

Tab. 18: Nationalität (Angaben in %)

	Alle (N=1949)	IV-Renten (N=1175)	Individuelle Massnahmen (N=724)
Schweizer Staatsangehörigkeit	83.0	78.7	89.5
Andere Staatsbürgerschaft	17.0	21.3	10.5

Diese Zahlen können bezüglich der IV-Rentner/innen mit der IV-Statistik des Bundesamtes für Sozialversicherungen des Jahres 2002 verglichen werden. Dabei zeigt sich, dass ausländische IV-Rentner/innen im Sample leicht untervertreten sind: Während in der Grundgesamtheit 2002 26.1% der Rentenbezüger/innen Ausländer waren, sind es in dieser Stichprobe 21.3% (Bundesamt für Sozialversicherung, 2003a).

#### 4.1.2.6 Wohnsituation

Die Tabelle 19 zeigt die Wohnsituation der Befragten in der Stichprobe. Der Grossteil aller Befragten (93.4%) lebt in Privathaushalten und ein kleiner Teil von 4.4% entweder in Heimen (3.1%) oder in Aussenwohngruppen eines Heimes (1.3%). Erwartungsgemäss ist der Anteil der in Heimen oder Aussenwohngruppen eines Heimes Lebenden bei den IV-Rentner/innen (6.6%) grösser als bei den Bezüger/Bezügerinnen von individuellen Massnahmen (0.9%).

Tab. 19: Wohnform (Angaben in %)

	Alle (N=1962)	IV-Renten (N=1165)	Individuelle Massnahmen (N=745)
Privathaushalt	93.4	90.4	97.7
Heim	3.1	4.7	0.5
Aussenwohngruppe eines Heimes	1.3	1.9	0.4
Andere	2.3	3.0	1.3

Rechnet man diese Prozentzahl der in Heimen oder Aussenwohngruppen lebenden IV-Rentner/innen (6.6%) hoch auf die Gesamtpopulation der IV-Rentner/innen der Schweiz (235'000 Bezüger/innen von IV-Renten), so repräsentieren die Befragten rund 15'510 Bewohner/innen von Wohnheimen für Menschen mit Behinderungen in der gesamten Schweiz.

Genaue Vergleichszahlen zur Gesamtpopulation der IV-Leistungsbezüger/innen in Heimen liegen keine vor. Als Richtwerte können die Zahl der Personen mit Ergänzungsleistungen in Heimen (Bundesamt für Sozialversicherung, 2003b) (S.29) und die vom BSV bewilligten

Plätze in den Wohnheimen und Tagesstätten für Behinderte 2001–2003 (Bundesamt für Sozialversicherung, 2001) herangezogen werden:

Personen mit Ergänzungsleistungen zur IV im Heim 2002	17'338
Bewilligte Plätze in Wohnheimen und Tagesstätten für Behinderte 2003	23'369

Diese beiden Zahlen können als Mindest- bzw. Höchstwerte der effektiven Anzahl in Heimen oder Aussenwohngruppen lebenden IV-Leistungsbezüger/innen der Schweiz angesehen werden.<sup>11</sup> Davon ausgehend deutet der Vergleich darauf hin, dass die Menschen mit Behinderungen, die in einem Heim oder einer Aussenwohngruppe wohnen, in dieser Stichprobe etwas zu gering vertreten sind.

#### 4.1.2.7 Sprachregion

Die nachfolgende Tabelle 20 zeigt, dass insgesamt 68.3% aller Befragten in der Deutschschweiz wohnen, 26.7% in der Westschweiz und 5% im Tessin.

Bei der Teilstichprobe der IV-Rentner/innen ist der Anteil der in der Deutschschweiz wohnhaften geringer (63.5%), die Anteile der Befragten in den beiden anderen Sprachregionen deutlich grösser als bei der Teilstichprobe der Bezüger/innen einmaliger IV-Leistungen.

Tab. 20: Sprachregion (Angaben in %)

	Alle (N=1925)	IV-Renten (N=1164)	Individuelle Massnahmen (N=711)
Deutschschweiz	68.3	63.5	75.5
Westschweiz	26.7	30.2	21.9
Tessin	5.0	6.4	2.5

<sup>11</sup> Die Anzahl Personen mit Ergänzungsleistungen zur IV, die in Heimen wohnen, ist ein Mindestwert, da noch jene IV-Leistungsbezüger/innen dazugerechnet werden müssen, die auch in Heimen leben, jedoch nicht von der EL-Statistik erfasst werden. Die vom BSV bewilligten Plätze in Wohnheimen für Behinderte greift hingegen zu hoch, da sie auch die Plätze in Tagesstätten einbezieht.

## 4.2 Analyse der Messinstrumente

Die Resultate der Skalenanalysen sämtlicher Instrumente werden nachfolgend dargestellt. Die Analysen konzentrieren sich einerseits auf den Konsistenzkoeffizienten Cronbach Alpha (Konsistenz der Skala = Homogenität der Items im Hinblick auf das Merkmal, das die Skala repräsentiert), der nicht unter .5 liegen soll. Andererseits sind die Trennschärfen der Items wichtig. Sie geben an, wie gut die Probanden aufgrund ihrer Antwort zu den jeweiligen Items differenziert werden können (Werte nicht unter .3) (Schelten, 1980).

### Skala zur Freizeit

Die Skala „Extern-gesellige Freizeitaktivitäten“ erreicht eine gute interne Konsistenz und gute Trennschärfen (vgl. Tabelle 21)

Tab. 21: Item- und Reliabilitätsanalyse der Skala „Extern-gesellige Freizeitaktivitäten“

Skalenname	N	Alpha	Trennschärfe
Freizeit	5	.74	$.67 \leq rit \leq .73$

N= Anzahl Items

Alpha= Reliabilitätskoeffizient (Cronbach Alpha)

rit= Trennschärfe

### Persönlichkeitsdimensionen

Die Skalen des Persönlichkeitsinventars von Ostendorf (1990) weisen durchgehend befriedigende bis gute interne Konsistenzen und Trennschärfen auf (vgl. Tabelle 22). Der niedrigste Wert für die interne Konsistenz resultiert für die Skala „Verträglichkeit“ (Alpha=.57). Den höchsten Wert erreicht hingegen die Skala „Extraversion“ (Alpha=.77).

Tab. 22: Item- und Reliabilitätsanalyse des Persönlichkeitsinventars von (Ostendorf, 1990)

Skalenname	N	Alpha	Trennschärfen
Neurotizismus	4	.68	$.59 \leq rit \leq .63$
Extraversion	4	.77	$.67 \leq rit \leq .75$
Kultur	4	.71	$.60 \leq rit \leq .72$
Verträglichkeit	4	.57	$.44 \leq rit \leq .59$
Gewissenhaftigkeit	4	.76	$.67 \leq rit \leq .73$

N= Anzahl Items

Alpha= Reliabilitätskoeffizient (Cronbach Alpha)

rit= Trennschärfe

Die Skala „Selbstwirksamkeit“ erreicht eine sehr gute interne Konsistenz und sehr gute Trennschärfen (vgl. Tabelle 23)

Tab. 23: Item- und Reliabilitätsanalyse der Skala „Selbstwirksamkeit“

Skalename	N	Alpha	Trennschärfe
Selbstwirksamkeit	10	.96	$.95 \leq rit \leq .95$

N= Anzahl Items  
Alpha= Reliabilitätskoeffizient (Cronbach Alpha)  
rit= Trennschärfe

Die Skala „Selbstbestimmung“ erreicht eine sehr gute interne Konsistenz und sehr gute Trennschärfen (vgl. Tabelle 24)

Tab. 24: Item- und Reliabilitätsanalyse der Skala „Selbstbestimmung“

Skalename	N	Alpha	Trennschärfe
Selbstbestimmung	10	.88	$.86 \leq rit \leq .87$

N= Anzahl Items  
Alpha= Reliabilitätskoeffizient (Cronbach Alpha)  
rit= Trennschärfe

## Bewältigungsdimensionen

Für die 14 Skalen des Bewältigungsfragebogens Brief Cope zeigen sich mit Ausnahme der Skala „Ablenkung“ durchgängig befriedigende bis sehr gute interne Konsistenzen (vgl. Tabelle 25). Der niedrigste aber noch akzeptable Wert resultiert für die Skala „Selbstbeschuldigung“ (Alpha=.58). Den höchsten Wert erreicht hingegen die Skala „Religion“ (Alpha=.85). Da die Skalen nur aus zwei Items bestehen, können keine Trennschärfen angegeben werden. Die zwei Items der Skala „Ablenkung“ werden infolge der ungenügenden Konsistenz der Skala in den nachfolgenden Auswertungen getrennt behandelt.

Tab. 25: Item- und Reliabilitätsanalyse des Bewältigungsfragebogens Brief Cope

Skalename	N	Alpha	Trennschärfen
Aktive Bewältigung	2	.69	---
Planung	2	.67	---
Positives Umdeuten	2	.67	---
Akzeptieren	2	.63	---
Humor	2	.75	---
Religion	2	.85	---
Suche nach emotionaler Unterstützung	2	.83	---
Suche nach instrumenteller Unterstützung	2	.74	---
Ablenkung	2	.36	---
Verleugnung	2	.64	---
Gefühlsausbruch	2	.62	---
Gebrauch von Drogen	2	.83	---
Resignation	2	.66	---
Selbstbeschuldigung	2	.58	---

N= Anzahl Items  
Alpha= Reliabilitätskoeffizient (Cronbach Alpha)  
rit= Trennschärfe

### Bewältigungserfolg

Die Skala „Lebenszufriedenheit“ erreicht eine sehr gute interne Konsistenz und sehr gute Trennschärfen (vgl. Tabelle 26).

Tab. 26: Item- und Reliabilitätsanalyse der Skala „Lebenszufriedenheit“

Skalename	N	Alpha	Trennschärfe
Lebenszufriedenheit	4	.86	.83 ≤ rit ≤ .85

N= Anzahl Items  
Alpha= Reliabilitätskoeffizient (Cronbach Alpha)  
rit= Trennschärfe

Die Skala „Psychische Gesundheit“ erreicht eine sehr gute interne Konsistenz und sehr gute Trennschärfen (vgl. Tabelle 27).

Tab. 27: Item- und Reliabilitätsanalyse der Skala „Psychische Gesundheit“

Skalename	N	Alpha	Trennschärfe
Psychische Gesundheit	10	.88	.86 ≤ rit ≤ .88

N= Anzahl Items  
Alpha= Reliabilitätskoeffizient (Cronbach Alpha)  
rit= Trennschärfe



Die Skala „Selbstwert“ erreicht eine gute interne Konsistenz und gute Trennschärfen (vgl. Tabelle 28)

Tab. 28: Item- und Reliabilitätsanalyse der Skala „Selbstwert“

Skalename	N	Alpha	Trennschärfe
Selbstwert	3	.83	$.69 \leq \text{rit} \leq .86$

N= Anzahl Items

Alpha= Reliabilitätskoeffizient (Cronbach Alpha)

rit= Trennschärfe

### 4.3 *Mediationsmodell*

In den folgenden Ausführungen werden die Resultate der Untersuchungen zum Mediationsmodell dargestellt. Damit soll je der Einfluss des Umwelt- und Person-Systems der Menschen mit Behinderungen auf die Merkmale Lebenszufriedenheit, psychische Gesundheit und Selbstwert eruiert werden. Die Resultate geben Aufschluss darüber, ob die Bewältigung als Vermittler zwischen einer belastenden Person-Umwelt-Beziehung und den unmittelbaren und langfristigen Auswirkungen derselben ist.

Bevor von einer Mediatorwirkung einer Variablen gesprochen werden kann, müssen die im Kapitel 3.5.3 eingeführten Bedingungen erfüllt sein. Sie werden deshalb in den folgenden Kapiteln getrennt nach den Kriteriumsvariablen Lebenszufriedenheit (Kapitel 4.3.1), psychische Gesundheit (Kapitel 4.3.2) und Selbstwert (Kapitel 4.3.3) durchgegangen. Die Interkorrelationen der unabhängigen Variablen des Umwelt- und Person-Systems und die Interkorrelationen der abhängigen Variablen Lebenszufriedenheit, psychische Gesundheit und Selbstwert sind im Anhang, Kapitel 8.2, dargestellt.

### 4.3.1 Mediationsmodell Lebenszufriedenheit

#### 4.3.1.1 Resultate zur ersten Bedingung

Die erste Bedingung des Mediatormodells lautet auf die hier zu prüfenden Variablen bezogen: Die Prädiktorvariablen des Umwelt- und Person-Systems korrelieren mit der abhängigen Variablen Lebenszufriedenheit.

Die Resultate werden in der folgenden Tabelle 29 dargestellt.

Alle Prädiktorvariablen des Umwelt- und Person-Systems korrelieren sehr signifikant mit der abhängigen Variablen Lebenszufriedenheit und verbleiben somit in der weiteren Auswertung. Die höchsten Korrelationen erreichen die Skalen „Selbstbestimmung“ ( $r=.58$ ) „Selbstwirksamkeit“ ( $r=.56$ ) und „Emotionale Stabilität“ ( $r=.55$ ), gefolgt von „Freizeit“ ( $r=.44$ ) und „Abwesenheit von Stigmatisierung“ ( $r=.44$ ). Die tiefsten Korrelationen erreichen „Persönliches Einkommen“ ( $r=.17$ ) und „Wohnraum“ ( $r=.08$ ).

Tab. 29: Korrelationen zwischen den Prädiktorvariablen des Umwelt- und Person-Systems und der abhängigen Variablen Lebenszufriedenheit

Indikatoren/Skalen	Lebenszufriedenheit
Bildung	.21**
Arbeitsintegration	.39**
Persönliches Einkommen	.17**
Haushaltseinkommen	.26**
Wohnraum pro Person	.08**
Soziale Kontakte	.35**
Freizeit	.44**
Mobilität	.19**
Unabhängigkeit von Hilfe	.39**
Absenz von Stigmatisierung	.44**
Gesundheitszustand	.43**
Selbstbestimmung	.58**
Selbstwirksamkeit	.56**
Extraversion	.35**
Verträglichkeit	.21**
Gewissenhaftigkeit	.16**
Emotionale Stabilität	.55**
Kultur	.27**

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

#### 4.3.1.2 Resultate zur zweiten Bedingung

Die zweite Bedingung des Mediatormodells lautet: Die Prädiktorvariablen des Umwelt- und Person-Systems korrelieren mit dem potentiellen Mediator, im vorliegenden Modell also der Bewältigung.

Die Resultate werden in der folgenden Tabelle 30 dargestellt.

Es bestehen zwischen **Bildung** und den Bewältigungsstrategien signifikante und sehr signifikante Korrelationen, ausser bei „Religion“, „Drogen“ und „Selbstbeschuldigung“.

Es bestehen zwischen **Arbeitsintegration** und den Bewältigungsstrategien signifikante und sehr signifikante Korrelationen, ausser bei „Ablenkung 1“ und „Abreaktion“.

Es bestehen zwischen **Persönliches Einkommen** und den Bewältigungsstrategien signifikante und sehr signifikante Korrelationen, ausser bei „Aktives Bewältigen“, „Planen“, „Umdeuten“, „Akzeptieren“, „Humor“, „Ablenkung 1“ und „Drogen“.

Es bestehen zwischen **Haushaltseinkommen** und den Bewältigungsstrategien signifikante und sehr signifikante Korrelationen nur bei „Religion“, „Emotionale Unterstützung“, „Verleugnung“, „Drogen“, „Resignation“ und „Selbstbeschuldigung“.

Es bestehen zwischen **Wohnraum** und den Bewältigungsstrategien signifikante und sehr signifikante Korrelationen nur bei „Umdeuten“, „Akzeptieren“, „Religion“, „Instrumentelle Unterstützung“, „Ablenkung 1“ und „Resignation“.

Es bestehen zwischen **Soziale Kontakte** und den Bewältigungsstrategien sehr signifikante Korrelationen, ausser bei „Ablenkung 1“, „Ablenkung 2“, „Abreaktion“ und „Selbstbeschuldigung“.

Es bestehen zwischen **Freizeit** und den Bewältigungsstrategien sehr signifikante Korrelationen nur bei „Aktives Bewältigen“, „Planen“, „Umdeuten“, „Humor“, „Verleugnung“, „Drogen“ und „Resignation“.

Es bestehen zwischen **Mobilität** und den Bewältigungsstrategien signifikante und sehr signifikante Korrelationen, ausser bei „Aktives Bewältigen“, „Planen“, „Umdeuten“, „Akzeptieren“, „Humor“, „Ablenkung 1“ und „Selbstbeschuldigung“.

Es bestehen zwischen **Unabhängigkeit von Hilfe** und den Bewältigungsstrategien signifikante und sehr signifikante Korrelationen, ausser bei „Planen“, „Umdeuten“ und „Ablenkung 1“.

Es bestehen zwischen **Absenz von Stigmatisierung** und den Bewältigungsstrategien signifikante und sehr signifikante Korrelationen, ausser bei „Humor“.

Es bestehen zwischen **Gesundheitszustand** und allen Bewältigungsstrategien sehr signifikante Korrelationen.

Tab.30: Korrelationen der Prädiktorvariablen des Umwelt- und Person-Systems mit den Bewältigungsstrategien

[illegible]

Es bestehen zwischen **Selbstbestimmung** und den Bewältigungsstrategien signifikante und sehr signifikante Korrelationen, ausser bei „Planen“, „Akzeptieren“, „Ablenkung 1“ und „Ablenkung 2“.

Es bestehen zwischen **Selbstwirksamkeit** und den Bewältigungsstrategien signifikante und sehr signifikante Korrelationen, ausser bei „Ablenkung 1“ und „Ablenkung 2“.

Es bestehen zwischen **Extraversion** und den Bewältigungsstrategien sehr signifikante Korrelationen, ausser bei „Akzeptieren“, „Religion“, „Ablenkung 1“, „Ablenkung 2“ und „Abreaktion“.

Es bestehen zwischen **Verträglichkeit** und den Bewältigungsstrategien signifikante und sehr signifikante Korrelationen, ausser bei „Emotionale Unterstützung“, „Instrumentelle Unterstützung“, „Ablenkung 1“ und „Ablenkung 2“.

Es bestehen zwischen **Gewissenhaftigkeit** und den Bewältigungsstrategien signifikante und sehr signifikante Korrelationen, ausser bei „Religion“, „Emotionale Unterstützung“, „Instrumentelle Unterstützung“, „Ablenkung 1“ und „Ablenkung 2“.

Es bestehen zwischen **Emotionaler Stabilität** und den Bewältigungsstrategien signifikante und sehr signifikante Korrelationen, ausser bei „Planen“ und „Akzeptieren“.

Es bestehen zwischen **Kultur** und den Bewältigungsstrategien signifikante und sehr signifikante Korrelationen, ausser bei „Emotionale Unterstützung“, „Instrumentelle Unterstützung“, „Ablenkung 2“, „Abreaktion“ und „Selbstbeschuldigung“.

Alle Copingstrategien, die signifikant mit den Prädiktorvariablen korrelieren, verbleiben in den weiteren Auswertungen.

#### **4.3.1.3 Resultate zur dritten Bedingung**

Um die dritte Bedingung zu erfüllen, muss der potentielle Mediator (Bewältigung) mit der abhängigen Variablen (Lebenszufriedenheit) korrelieren, nachdem der Einfluss der Prädiktorvariablen des Umwelt- und Person-Systems kontrolliert wird. Die Prüfung der dritten Bedingung wurde mittels hierarchischen Regressionsanalysen durchgeführt. Die Resultate der Auswertungen werden in Tabelle 31 in einer Uebersicht dargestellt. Die jeweiligen Werte finden sich im Anhang, Kapitel 8.3.1.

Alle Copingstrategien, die die 3. Bedingung nicht erfüllen, scheiden aus der Analyse aus.

Tab. 31: Resultate der Prüfung der dritten Bedingung des Mediationmodells Lebenszufriedenheit

Abhängige Variable	Unabhängige Variable	Potentielle Mediatoren
Lebenszufriedenheit	Bildung	Planung
		Umdeutung
		Akzeptanz
		Humor
		Verleugnung
		Abreaktion
		Resignation
	Arbeitsintegration	Umdeutung
		Akzeptanz
		Humor
		Verleugnung
		Drogen
		Resignation
		Selbstbeschuldigung
	Persönliches Einkommen	Verleugnung
		Resignation
		Selbstbeschuldigung
	Haushaltseinkommen	Verleugnung
		Drogen
		Resignation
		Selbstbeschuldigung
	Wohnraum	Umdeutung
		Akzeptieren
		Religion
		Resignation
	Soziale Kontakte	Umdeutung
		Akzeptanz
		Humor
		Verleugnung
		Drogen
		Resignation
	Freizeit	Planung
		Umdeutung
		Humor
		Verleugnung
		Drogen
		Resignation
	Mobilität	Verleugnung
		Abreaktion
		Drogen
		Resignation
	Unabhängigkeit von Hilfe	Aktives Bewältigen
		Humor
		Emot. Unterstützung
		Verleugnung
		Drogen
		Resignation
		Selbstbeschuldigung
	Absenz von Stigmatisierung	Umdeutung
		Akzeptanz
		Ablenkung 1
		Verleugnung

<b>Abhängige Variable</b>	<b>Unabhängige Variable</b>	<b>Potentielle Mediatoren</b>
Lebenszufriedenheit	Absenz von Stigmatisierung	Drogen
		Resignation
		Selbstbeschuldigung
		Umdeutung
		Humor
		Emot. Unterstützung
		Verleugnung
		Abreaktion
	Gesundheitszustand	Drogen
		Resignation
		Selbstbeschuldigung
		Humor
		Emot. Unterstützung
		Verleugnung
		Drogen
		Resignation
	Selbstbestimmung	Selbstbeschuldigung
		Humor
		Emot. Unterstützung
		Verleugnung
		Drogen
		Resignation
		Selbstbeschuldigung
	Selbstwirksamkeit	Planung
		Umdeutung
		Akzeptanz
		Humor
		Verleugnung
		Drogen
		Resignation
		Selbstbeschuldigung
	Extraversion	Umdeutung
		Humor
		Verleugnung
		Drogen
		Resignation
		Selbstbeschuldigung
	Verträglichkeit	Umdeutung
		Akzeptanz
		Humor
		Verleugnung
		Drogen
		Resignation
		Selbstbeschuldigung
	Gewissenhaftigkeit	Umdeutung
		Akzeptanz
		Humor
		Verleugnung
		Drogen
		Resignation
		Selbstbeschuldigung
	Emotionale Stabilität	Humor
		Emot. Unterstützung
		Verleugnung
		Drogen
		Resignation
		Umdeutung
		Akzeptanz
		Humor
	Kultur	Verleugnung
		Drogen
		Resignation
		Resignation

#### 4.3.1.4 Resultate zur vierten Bedingung

Nach der vierten Bedingung des Mediationsmodells darf der Effekt der Prädiktorvariablen des Umwelt- und Person-Systems auf die abhängige Variable (Lebenszufriedenheit) nicht signifikant sein oder muss sich stark verringern, wenn der potentielle Mediator Bewältigung kontrolliert wird. Die vierte Bedingung des Mediationsmodells wurde mittels hierarchischen Regressionsrechnungen überprüft.

Im folgenden werden nur die Ergebnisse dargestellt, bei denen die Mediatoren (Copingskalen) den Effekt der unabhängigen Variablen auf die Lebenszufriedenheit um das Zweieinhalbfache und mehr reduziert haben.

Unter der statistischen Kontrolle der Copingskalen Umdeutung, Akzeptanz, Ablenkung 1, Verleugnung, Drogen, Resignation und Selbstbeschuldigung reduziert sich die erklärte Varianz der **Absenz von Stigmatisierung** auf die Lebenszufriedenheit von 19% auf 6% (siehe Resultate zur ersten Bedingung (Tabelle 29) und Tabelle 32).

Tab. 32: 4. Bedingung. Unabhängige Variable: Absenz von Stigmatisierung / Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Lebenszufriedenheit	.31***			
	Umdeutung		.14	5.30	.000
	Akzeptanz		-.05	-1.81	.070
	Ablenkung 1		.04	1.72	.086
	Verleugnung		-.16	-6.36	.000
	Drogen		-.23	-9.41	.000
	Resignation		-.30	-11.94	.000
	Selbstbeschuldigung		-.12	-4.85	.000
2	Lebenszufriedenheit	.06***			
	Umdeutung		.14	5.32	.000
	Akzeptanz		-.04	-1.50	.134
	Ablenkung 1		.06	2.64	.008
	Verleugnung		-.12	-4.82	.000
	Drogen		-.19	-8.16	.020
	Resignation		-.25	-10.41	.000
	Selbstbeschuldigung		-.08	-3.32	.001
	Absenz von Stigmatisierung		.27	11.20	.000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant



Nach der im Kapitel 3.5.3 beschriebenen Bestimmung der wichtigsten Mediatoren (Multiplikation des Absenz von Stigmatisierung-Coping-Betakoeffizienten mit dem entsprechenden Coping-Lebenszufriedenheit-Betakoeffizienten), ergibt sich im Falle der unabhängigen Variablen Absenz von Stigmatisierung, dass die Copingstrategie Resignation der wichtigste Mediator ist (.05), gefolgt von Drogen (.03), Selbstbeschuldigung (.02) und Verleugnung (.02).

Tab. 33: Wichtigste Mediatoren zwischen Absenz von Stigmatisierung und Lebenszufriedenheit

	Wichtigste Mediatoren	Produkt der Betakoeffizienten
	Umdeutung	.00 n.s.
	Akzeptanz	.00 n.s.
	Ablenkung 1	.00
	Verleugnung	.02
	Drogen	.03
	Resignation	.05
	Selbstbeschuldigung	.02

Unter der statistischen Kontrolle der Copingskalen Umdeutung, Humor, emotionale Unterstützung, Verleugnung, Abreaktion, Drogen, Resignation und Selbstbeschuldigung reduziert sich die erklärte Varianz des **Gesundheitszustandes** auf die Lebenszufriedenheit von 18% auf 6% (siehe Resultate zur ersten Bedingung (Tabelle 29) und Tabelle 34).

Tab. 34: 4. Bedingung. Unabhängige Variable: Gesundheitszustand / Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Lebenszufriedenheit	.34***			
	Umdeutung		.08	3.28	.001
	Humor		.14	5.72	.000
	Emot. Unterstützung		.03	1.32	.186
	Verleugnung		-.16	-6.42	.000
	Abreaktion		-.06	-2.30	.021
	Drogen		-.22	-9.42	.000
	Resignation		-.30	-12.10	.000
	Selbstbeschuldigung		-.12	-4.82	.000
2	Lebenszufriedenheit				
	Umdeutung		.10	4.27	.000
	Humor		.11	4.75	.000
	Emot. Unterstützung		.05	2.15	.032
	Verleugnung		-.12	-5.21	.000
	Abreaktion		-.06	-2.34	.020
	Drogen		-.18	-7.89	.000
	Resignation		-.26	-10.77	.000
	Selbstbeschuldigung		-.12	-4.77	.000
	Gesundheitszustand		.26	11.25	.000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Als wichtigster Mediator zwischen Gesundheitszustand und Lebenszufriedenheit figuriert Resignation (.05), gefolgt von Drogen (.04) und Verleugnung (.02).

Tab. 35: Wichtigste Mediatoren zwischen Gesundheitszustand und Lebenszufriedenheit

	Wichtigste Mediatoren	Produkt der Betakoeffizienten
	Umdeutung	-.01
	Humor	.01
	Emot. Unterstützung	-.00 n.s.
	Verleugnung	.02
	Abreaktion	.00 n.s.
	Drogen	.04
	Resignation	.05
	Selbstbeschuldigung	.00 n.s.

Unter der statistischen Kontrolle der Copingskalen Planung, Umdeutung, Akzeptanz, Humor, Verleugnung, Drogen, Resignation und Selbstbeschuldigung reduziert sich die erklärte Varianz der **Selbstwirksamkeit** auf die Lebenszufriedenheit von 31% auf 12% (siehe Resultate zur ersten Bedingung (Tabelle 29) und Tabelle 36).

Tab. 36: 4. Bedingung. Unabhängige Variable: Selbstwirksamkeit / Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Lebenszufriedenheit				
	Planung	.33***	-.02	-.53	.596
	Umdeutung		.13	4.22	.000
	Akzeptanz		-.06	-2.23	.026
	Humor		.14	5.85	.000
	Verleugnung		-.16	-6.41	.000
	Drogen		-.23	-9.57	.000
	Resignation		-.29	-11.90	.000
	Selbstbeschuldigung		-.13	-4.99	.000
2	Lebenszufriedenheit				
	Planung		-.04	-1.52	.129
	Umdeutung		.09	3.28	.001
	Akzeptanz		-.05	-2.27	.023
	Humor		.09	4.05	.000
	Verleugnung		-.12	-5.52	.000
	Drogen		-.18	-8.44	.000
	Resignation		-.18	-7.97	.000
	Selbstbeschuldigung		-.07	-2.86	.004
	Selbstwirksamkeit	.12***	.40	17.72	.000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Als wichtigster Mediator zwischen Selbstwirksamkeit und Lebenszufriedenheit figuriert Resignation (.08), gefolgt von Drogen (.02), Selbstbeschuldigung (.02) und Humor (.02).

Tab. 37: Wichtigste Mediatoren zwischen Selbstwirksamkeit und Lebenszufriedenheit

Wichtigste Mediatoren	Produkt der Betakoeffizienten
Planung	-.00 n.s.
Umdeutung	.01
Akzeptanz	.00 n.s.
Humor	.02
Verleugnung	.01
Drogen	.02
Resignation	.08
Selbstbeschuldigung	.02

Unter der statistischen Kontrolle der Copingskalen Umdeutung, Humor, Verleugnung, Drogen, Resignation und Selbstbeschuldigung reduziert sich die erklärte Varianz der **Extraversion** auf die Lebenszufriedenheit von 12% auf 4% (siehe Resultate zur ersten Bedingung (Tabelle 29) und Tabelle 38).

Tab. 38: 4. Bedingung. Unabhängige Variable: Extraversion / Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Lebenszufriedenheit	.32***			
	Umdeutung		.11	4.30	.000
	Humor		.13	5.19	.000
	Verleugnung		-.16	-6.48	.000
	Drogen		-.22	-9.23	.000
	Resignation		-.28	-11.00	.000
	Selbstbeschuldigung		-.15	-6.03	.000
2	Lebenszufriedenheit				
	Umdeutung		.09	3.58	.000
	Humor		.11	4.36	.000
	Verleugnung		-.15	-.62	.000
	Drogen		-.20	-8.43	.000
	Resignation		-.25	-10.37	.000
	Selbstbeschuldigung		-.14	-5.48	.000
	Extraversion	.04***	.20	8.73	.000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Als wichtigste Mediatoren zwischen Extraversion und Lebenszufriedenheit figurieren Resignation (.03) und Drogen (.03), gefolgt von Humor (.02).

Tab. 39: Wichtigste Mediatoren zwischen Extraversion und Lebenszufriedenheit

Wichtigste Mediatoren	Produkt der Betakoeffizienten
Umdeutung	.01
Humor	.02
Verleugnung	.01
Drogen	.03
Resignation	.03
Selbstbeschuldigung	.01

Unter der statistischen Kontrolle der Copingskalen Humor, emotionale Unterstützung, Verleugnung, Drogen und Resignation reduziert sich die erklärte Varianz der **Emotionalen Stabilität** auf die Lebenszufriedenheit von 30% auf 12% (siehe Resultate zur ersten Bedingung (Tabelle 29) und Tabelle 40).

Tab. 40: 4. Bedingung. Unabhängige Variable: Emotionale Stabilität / Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Lebenszufriedenheit	.30***			
	Humor		.14	5.96	.000
	Emot. Unterst.		.03	1.38	.167
	Verleugnung		-.16	-6.53	.000
	Drogen		-.24	-9.76	.000
	Resignation		-.34	-13.53	.000
2	Lebenszufriedenheit				
	Humor		.08	3.84	.000
	Emot. Unterst.		.08	3.68	.000
	Verleugnung		-.11	-4.92	.000
	Drogen		-.17	-7.46	.000
	Resignation		-.23	-9.78	.000
	Emotionale Stabilität		.40	16.74	.000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Als wichtigster Mediator zwischen emotionaler Stabilität und Lebenszufriedenheit figuriert Resignation (.09), gefolgt von Drogen (.04), Verleugnung (.02) und Humor (.02).

Tab. 41: Wichtigste Mediatoren zwischen emotionaler Stabilität und Lebenszufriedenheit

	Wichtigste Mediatoren	Produkt der Betakoeffizienten
	Humor	.02
	Emot. Unterst.	.00 n.s.
	Verleugnung	.02
	Drogen	.04
	Resignation	.09

In der folgenden Abbildung sind die Ergebnisse des Mediationsmodells Lebenszufriedenheit unter Berücksichtigung der Vorzeichen der Korrelationen zusammengefasst dargestellt. Wobei nur die Mediatoren, bei denen das Produkt der Betakoeffizienten einen Wert grösser als .02 ergab, abgebildet und die wichtigsten Mediatoren fett eingezeichnet sind.

Es ergibt sich ein indirekter Pfad von *Stigmatisierung, schlechtem Gesundheitszustand, niedriger Selbstwirksamkeit, Introversion und Neurotizismus* auf die abhängige Variable tiefe Lebenszufriedenheit. Wobei die Bewältigungsstrategien **Resignation** und Drogengebrauch als wichtigste Mediatoren wirken.

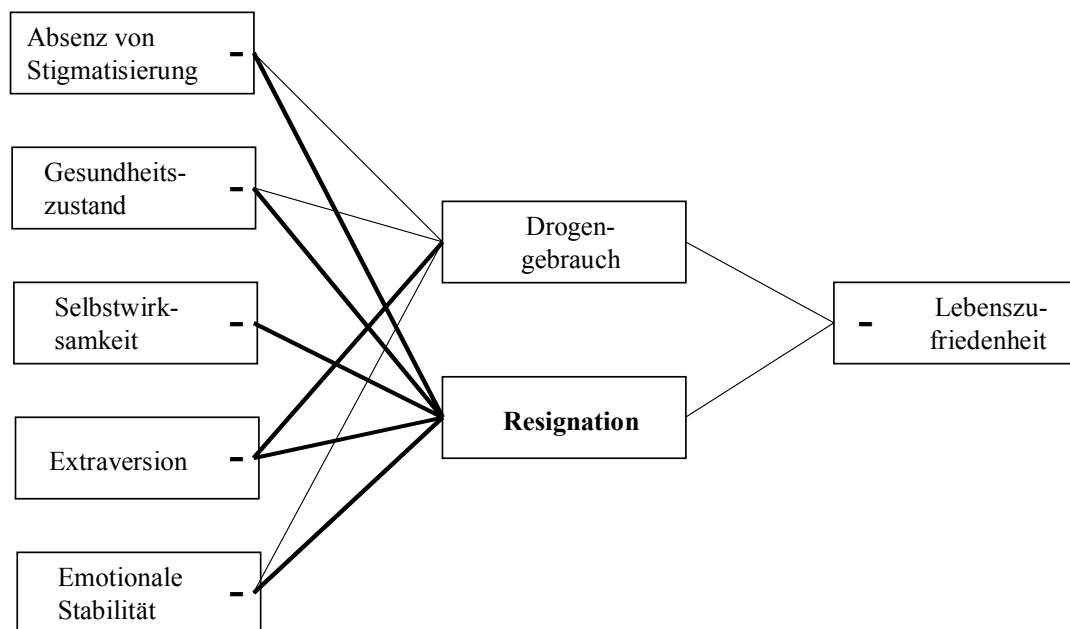


Abb. 7: Mediationsmodell Lebenszufriedenheit

### 4.3.2 Mediationsmodell Psychische Gesundheit

#### 4.3.2.1 Resultate zur ersten Bedingung

Die erste Bedingung des Mediationsmodells lautet auf die hier zu prüfenden Variablen bezogen: Die Prädiktorvariablen des Umwelt- und Person-Systems korrelieren mit der abhängigen Variablen Psychische Gesundheit.

Die Resultate werden in der folgenden Tabelle 42 dargestellt.

Alle Prädiktorvariablen des Umwelt- und Person-Systems ausser dem Indikator „Wohnraum“ korrelieren sehr signifikant mit der abhängigen Variablen Psychische Gesundheit. Die höchsten Korrelationen erreichen die Skalen „Emotionale Stabilität“ ( $r=.55$ ) und „Selbstbestimmung“ ( $r=.53$ ), gefolgt vom Indikator „Gesundheitszustand“ ( $r=.52$ ) und der Skala „Selbstwirksamkeit“ ( $r=.49$ ). Die tiefsten Korrelationen erreichen „Gewissenhaftigkeit“ ( $r=.17$ ) und „Wohnraum“ ( $r=.04$ ).

Tab. 42: Korrelationen zwischen den Prädiktorvariablen des Umwelt- und Person-Systems und der abhängigen Variablen Psychische Gesundheit

Indikatoren/Skalen	Psychische Gesundheit
Bildung	.15**
Arbeitsintegration	.41**
Persönliches Einkommen	.14**
Haushaltseinkommen	.22**
Wohnraum pro Person	.04
Soziale Kontakte	.30**
Freizeit	.39**
Mobilität	.21**
Unabhängigkeit von Hilfe	.40**
Absenz von Stigmatisierung	.47**
Gesundheitszustand	.52**
Selbstbestimmung	.53**
Selbstwirksamkeit	.49**
Extraversion	.31**
Verträglichkeit	.19**
Gewissenhaftigkeit	.12**
Emotionale Stabilität	.55**
Kultur	.15**

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

### 4.3.2.2 Resultate zur zweiten Bedingung

Die zweite Bedingung des Mediationsmodells lautet: Die Prädiktorvariablen des Umwelt- und Person-Systems korrelieren mit dem potentiellen Mediator, im vorliegenden Modell also der Bewältigung. Die Resultate wurden in der Tabelle 30 (S. 100) dargestellt.

### 4.3.2.3 Resultate zur dritten Bedingung

Um die dritte Bedingung zu erfüllen, muss der potentielle Mediator (Bewältigung) mit der abhängigen Variablen (Psychische Gesundheit) korrelieren, nachdem der Einfluss der Prädiktorvariablen des Umwelt- und Person-Systems kontrolliert wird. Die Prüfung der dritten Bedingung wurde mittels hierarchischen Regressionsanalysen durchgeführt. Die Resultate der Auswertungen werden in Tabelle 43 in einer Uebersicht dargestellt. Die jeweiligen Werte finden sich im Anhang, Kapitel 8.3.2.

Tab. 43: Resultate der Prüfung der dritten Bedingung des Mediationmodells Psychische Gesundheit

Abhängige Variable	Unabhängige Variable	Potentielle Mediatoren
Psychische Gesundheit	Bildung	Umdeutung
		Akzeptanz
		Humor
		Ablenkung 2
		Verleugnung
		Abreaktion
		Resignation
		Umdeutung
	Arbeitsintegration	Akzeptanz
		Humor
		Religion
		Verleugnung
		Drogen
		Resignation
		Selbstbeschuldigung
	Persönliches Einkommen	Religion
		Verleugnung
		Abreaktion
		Resignation
		Selbstbeschuldigung
		Religion
	Haushaltseinkommen	Emot. Unterstützung
		Verleugnung
		Drogen
		Resignation
		Selbstbeschuldigung
		Akzeptanz
	Soziale Kontakte	Humor
		Religion
		Verleugnung



<b>Abhängige Variable</b>	<b>Unabhängige Variable</b>	<b>Potentielle Mediatoren</b>
Psychische Gesundheit	Soziale Kontakte	Drogen
		Resignation
		Planung
		Verleugnung
	Freizeit	Drogen
		Resignation
		Religion
		Verleugnung
	Mobilität	Abreaktion
		Drogen
		Resignation
		Akzeptanz
	Unabhängigkeit von Hilfe	Humor
		Religion
		Ablenkung 2
		Verleugnung
		Drogen
		Resignation
		Selbstbeschuldigung
		Umdeutung
	Absenz von Stigmatisierung	Akzeptanz
		Religion
		Ablenkung 2
		Verleugnung
		Abreaktion
		Drogen
		Resignation
		Selbstbeschuldigung
	Gesundheitszustand	Humor
		Religion
		Ablenkung 2
		Verleugnung
		Abreaktion
		Drogen
		Resignation
		Selbstbeschuldigung
	Selbstbestimmung	Humor
		Religion
		Verleugnung
		Drogen
		Resignation
		Selbstbeschuldigung
		Akzeptanz
		Humor
	Selbstwirksamkeit	Religion
		Verleugnung
		Drogen
		Resignation
		Selbstbeschuldigung
		Humor
		Verleugnung
		Drogen
	Extraversion	Resignation
		Selbstbeschuldigung
		Akzeptanz
		Humor
	Verträglichkeit	Religion

Abhängige Variable	Unabhängige Variable	Potentielle Mediatoren
Psychische Gesundheit	Verträglichkeit	Verleugnung
		Abreaktion
		Drogen
		Resignation
		Selbstbeschuldigung
		Akzeptanz
	Gewissenhaftigkeit	Humor
		Verleugnung
		Abreaktion
		Drogen
		Resignation
		Selbstbeschuldigung
	Emotionale Stabilität	Religion
		Ablenkung 2
		Verleugnung
		Drogen
		Resignation
		Selbstbeschuldigung
	Kultur	Akzeptanz
		Religion
		Verleugnung
		Drogen
		Resignation

#### 4.3.2.4 Resultate zur vierten Bedingung

Nach der vierten Bedingung des Mediationsmodells darf der Effekt der Prädiktorvariablen des Umwelt- und Person-Systems auf die abhängige Variable (Psychische Gesundheit) nicht signifikant sein oder muss sich stark verringern, wenn der potentielle Mediator Bewältigung kontrolliert wird. Die vierte Bedingung des Mediationsmodells wurde mittels hierarchischen Regressionsrechnungen überprüft.

Im Folgenden werden wiederum nur die Ergebnisse dargestellt, bei denen die Mediatoren (Copingskalen) den Effekt der unabhängigen Variablen auf die Psychische Gesundheit um das Zweieinhalbfache und mehr reduziert haben.

Unter der statistischen Kontrolle der Copingskalen Umdeutung, Akzeptanz, Humor, Religion, Verleugnung, Drogen, Resignation und Selbstbeschuldigung reduziert sich die erklärte Varianz der **Arbeitsintegration** auf die psychische Gesundheit von 17% auf 6% (siehe Resultate zur ersten Bedingung (Tabelle 42) und Tabelle 44).

Tab. 44: 4. Bedingung. Unabhängige Variable: Arbeitsintegration / Abhängige Variable: Psychische Gesundheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Psychische Gesundheit				
	Umdeutung	.37***	.04	1.38	.169
	Akzeptanz		-.10	-3.78	.000
	Humor		.08	3.23	.001
	Religion		-.10	-4.22	.000
	Verleugnung		-.20	-8.33	.000
	Drogen		-.22	-9.71	.000
	Resignation		-.26	-10.99	.000
	Selbstbeschuldigung		-.17	-7.00	.000
2	Psychische Gesundheit				
	Umdeutung	.06***	.05	1.89	.059
	Akzeptanz		-.08	-3.21	.001
	Humor		.05	2.38	.017
	Religion		-.08	-3.64	.000
	Verleugnung		-.17	-7.45	.000
	Drogen		-.20	-9.11	.000
	Resignation		-.22	-9.64	.000
	Selbstbeschuldigung		-.18	-7.62	.000
	Arbeitsintegration		.25	11.39	.000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Als wichtigster Mediator zwischen Arbeitsintegration und Psychischer Gesundheit figuriert Resignation (.04), gefolgt von Drogen (.02) und Verleugnung (.02).

Tab. 45: Wichtigste Mediatoren zwischen Arbeitsintegration und Psychischer Gesundheit

Wichtigste Mediatoren	Produkt der Betakoeffizienten
Umdeutung	-.00 n.s.
Akzeptanz	.00
Humor	.01
Religion	.01
Verleugnung	.02
Drogen	.02
Resignation	.04
Selbstbeschuldigung	.00 n.s.

Unter der statistischen Kontrolle der Copingskalen Akzeptanz, Humor, Religion, Ablenkung 2, Verleugnung, Drogen, Resignation und Selbstbeschuldigung reduziert sich die erklärte Varianz der **Unabhängigkeit von Hilfe** auf die Psychische Gesundheit von 18% auf 7% (siehe Resultate zur ersten Bedingung (Tabelle 42) und Tabelle 46).

Tab. 46: 4. Bedingung. Unabhängige Variable: Unabhängigkeit von Hilfe / Abhängige Variable: Psychische Gesundheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Psychische Gesundheit	.37***			
	Akzeptanz		-.07	-2.93	.003
	Humor		.09	3.77	.000
	Religion		-.09	-3.64	.000
	Ablenkung 2		-.06	-2.28	.023
	Verleugnung		-.19	-7.41	.000
	Drogen		-.23	-9.68	.000
	Resignation		-.24	-9.61	.000
	Selbstbeschuldigung		-.18	-6.88	.000
2	Psychische Gesundheit				
	Akzeptanz		-.05	-1.91	.057
	Humor		.05	2.20	.028
	Religion		-.07	-2.94	.003
	Ablenkung 2		-.04	-1.87	.061
	Verleugnung		-.18	-7.47	.000
	Drogen		-.20	-8.57	.000
	Resignation		-.19	-8.22	.000
	Selbstbeschuldigung		-.17	-6.98	.000
	Unabhängigkeit von Hilfe		.07***	11.96	.000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Als wichtigster Mediator zwischen der Unabhängigkeit von Hilfe und Psychischer Gesundheit figuriert Resignation (.04), gefolgt von Drogen (.03).

Tab. 47: Wichtigste Mediatoren zwischen Unabhängigkeit von Hilfe und Psychischer Gesundheit

Wichtigste Mediatoren	Produkt der Betakoeffizienten
Akzeptanz	.01
Humor	.01
Religion	.01
Ablenkung 2	.00 n.s.
Verleugnung	.01 n.s.
Drogen	.03
Resignation	.04
Selbstbeschuldigung	.00 n.s.

Unter der statistischen Kontrolle der Copingskalen Umdeutung, Akzeptanz, Religion, Ablenkung 2, Verleugnung, Abreaktion, Drogen, Resignation und Selbstbeschuldigung reduziert sich die erklärte Varianz der **Absenz von Stigmatisierung** auf die Psychische Gesundheit von 22% auf 5% (siehe Resultate zur ersten Bedingung (Tabelle 42) und Tabelle 48).

Tab. 48: 4. Bedingung. Unabhängige Variable: Absenz von Stigmatisierung / Abhängige Variable: Psychische Gesundheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Psychische Gesundheit				
	Umdeutung	.38***	.08	3.11	.002
	Akzeptanz		-.07	-2.61	.009
	Religion		-.11	-4.56	.000
	Ablenkung 2		-.05	-1.97	.049
	Verleugnung		-.19	-7.54	.000
	Abreaktion		-.06	-2.60	.009
	Drogen		-.21	-8.96	.000
	Resignation		-.27	-10.89	.000
	Selbstbeschuldigung		-.15	-6.05	.000
2	Psychische Gesundheit				
	Umdeutung		.07	2.84	.005
	Akzeptanz		-.06	-2.44	.015
	Religion		-.10	-4.37	.000
	Ablenkung 2		-.03	-1.34	.179
	Verleugnung		-.15	-6.14	.000
	Abreaktion		-.06	-2.37	.018
	Drogen		-.18	-7.87	.000
	Resignation		-.23	-9.56	.000
	Selbstbeschuldigung		-.12	-4.79	.000
	Absenz von Stigmatisierung	.05***	.24	10.20	.000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Als wichtigster Mediator zwischen Absenz von Stigmatisierung und Psychischer Gesundheit figuriert Resignation (.05), gefolgt von Drogen (.03), Verleugnung (.03) und Selbstbeschuldigung (.02).

Tab. 49: Wichtigste Mediatoren zwischen Absenz von Stigmatisierung und Psychischer Gesundheit

	Wichtigste Mediatoren	Produkt der Betakoeffizienten
	Umdeutung	.00 n.s.
	Akzeptanz	.00 n.s.
	Religion	.00 n.s.
	Ablenkung 2	.00 n.s.
	Verleugnung	.03
	Abreaktion	.00 n.s.
	Drogen	.03
	Resignation	.05
	Selbstbeschuldigung	.02

Unter der statistischen Kontrolle der Copingskalen Humor, Religion, Ablenkung 2, Verleugnung, Abreaktion, Drogen, Resignation und Selbstbeschuldigung reduziert sich die erklärte Varianz des **Gesundheitszustands** auf die Psychische Gesundheit von 27% auf 10% (siehe Resultate zur ersten Bedingung (Tabelle 42) und Tabelle 50).

Tab. 50: 4. Bedingung. Unabhängige Variable: Gesundheitszustand / Abhängige Variable: Psychische Gesundheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Psychische Gesundheit	.38***			
	Humor		.09	4.12	.000
	Religion		-.09	-3.98	.000
	Ablenkung 2		-.04	-1.92	.055
	Verleugnung		-.19	-7.79	.000
	Abreaktion		-.09	-3.66	.000
	Drogen		-.22	-9.92	.000
	Resignation		-.24	-10.33	.000
	Selbstbeschuldigung		-.17	-6.76	.000
2	Psychische Gesundheit				
	Humor		.06	3.13	.002
	Religion		-.07	-3.46	.001
	Ablenkung 2		-.02	-1.11	.267
	Verleugnung		-.14	-6.53	.000
	Abreaktion		-.08	-3.58	.000
	Drogen		-.17	-8.21	.000
	Resignation		-.19	-8.83	.000
	Selbstbeschuldigung		-.15	-6.83	.000
	Gesundheitszustand		.34	16.59	.000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Als wichtigster Mediator zwischen Gesundheitszustand und Psychischer Gesundheit figuriert Resignation (.04), gefolgt von Drogen (.03) und Verleugnung (.02).

Tab. 51: Wichtigste Mediatoren zwischen Gesundheitszustand und Psychischer Gesundheit

	Wichtigste Mediatoren	Produkt der Betakoeffizienten
	Humor	.01
	Religion	.00 n.s.
	Ablenkung 2	.00 n.s.
	Verleugnung	.02
	Abreaktion	.00 n.s.
	Drogen	.03
	Resignation	.04
	Selbstbeschuldigung	.01 n.s.

Unter der statistischen Kontrolle der Copingskalen Humor, Religion, Verleugnung, Drogen, Resignation und Selbstbeschuldigung reduziert sich die erklärte Varianz der **Selbstbestimmung** auf die Psychische Gesundheit von 28% auf 10% (siehe Resultate zur ersten Bedingung (Tabelle 42) und Tabelle 52).

Tab. 52: 4. Bedingung. Unabhängige Variable: Selbstbestimmung / Abhängige Variable: Psychische Gesundheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Psychische Gesundheit	.37***			
	Humor		.08	3.78	.000
	Religion		-.11	-5.21	.000
	Verleugnung		-.21	-8.91	.000
	Drogen		-.22	-10.07	.000
	Resignation		-.25	-10.85	.000
	Selbstbeschuldigung		-.19	-8.03	.000
2	Psychische Gesundheit	.10***			
	Humor		.03	1.63	.104
	Religion		-.09	-4.36	.000
	Verleugnung		-.17	-7.81	.000
	Drogen		-.17	-8.42	.000
	Resignation		-.16	-7.23	.000
	Selbstbeschuldigung		-.17	-7.95	.000
	Selbstbestimmung		.35	16.31	.000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Als wichtigster Mediator zwischen Selbstbestimmung und Psychischer Gesundheit figuriert Resignation (.06), gefolgt von Drogen (.03) und Verleugnung (.02).

Tab. 53: Wichtigste Mediatoren zwischen Selbstbestimmung und Psychischer Gesundheit

	Wichtigste Mediatoren	Produkt der Betakoeffizienten
	Humor	.01
	Religion	.01
	Verleugnung	.02
	Drogen	.03
	Resignation	.06
	Selbstbeschuldigung	.01

Unter der statistischen Kontrolle der Copingskalen Akzeptanz, Humor, Religion, Verleugnung, Drogen, Resignation und Selbstbeschuldigung reduziert sich die erklärte Varianz der **Selbstwirksamkeit** auf die Psychische Gesundheit von 24% auf 8% (siehe Resultate zur ersten Bedingung Tabelle 42 und Tabelle 54).

Tab. 54: 4. Bedingung. Unabhängige Variable: Selbstwirksamkeit / Abhängige Variable: Psychische Gesundheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Psychische Gesundheit	.37***			
	Akzeptanz		-.08	-3.29	.001
	Humor		.10	4.35	.000
	Religion		-.10	-4.29	.000
	Verleugnung		-.20	-8.44	.000
	Drogen		-.22	-9.67	.000
	Resignation		-.25	-10.85	.000
	Selbstbeschuldigung		-.18	-7.72	.000
2	Psychische Gesundheit	.08***			
	Akzeptanz		-.09	-4.24	.000
	Humor		-.05	2.28	.023
	Religion		-.09	-4.13	.000
	Verleugnung		-.18	-8.19	.000
	Drogen		-.18	-8.38	.000
	Resignation		-.16	-7.08	.000
	Selbstbeschuldigung		-.15	-6.65	.000
	Selbstwirksamkeit		.31	13.76	.000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Als wichtigster Mediator zwischen Selbstwirksamkeit und Psychischer Gesundheit figuriert Resignation (.08), gefolgt von Drogen (.03) und Selbstbeschuldigung (.02).

Tab. 55: Wichtigste Mediatoren zwischen Selbstwirksamkeit und Psychischer Gesundheit

Wichtigste Mediatoren	Produkt der Betakoeffizienten
Akzeptanz	.00
Humor	.01
Religion	.00 n.s.
Verleugnung	.01
Drogen	.03
Resignation	.08
Selbstbeschuldigung	.02



Unter der statistischen Kontrolle der Copingskalen Religion, Ablenkung 2, Verleugnung, Drogen, Resignation und Selbstbeschuldigung reduziert sich die erklärte Varianz der **Emotionalen Stabilität** auf die Psychische Gesundheit von 30% auf 9% (siehe Resultate zur ersten Bedingung (Tabelle 42) und Tabelle 56).

Tab. 56: 4. Bedingung. Unabhängige Variable: Emotionale Stabilität / Abhängige Variable: Psychische Gesundheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Psychische Gesundheit	.37***			
	Religion		-.11	-4.76	.000
	Ablenkung 2		-.05	-2.03	.042
	Verleugnung		-.19	-7.67	.000
	Drogen		-.23	-10.04	.000
	Resignation		-.26	-11.00	.000
	Selbstbeschuldigung		-.17	-7.03	.000
2	Psychische Gesundheit				
	Religion		-.09	-4.50	.000
	Ablenkung 2		-.04	-2.02	.043
	Verleugnung		-.16	-7.29	.000
	Drogen		-.18	-8.09	.000
	Resignation		-.18	-8.09	.000
	Selbstbeschuldigung		-.09	-3.88	.000
	Emotionale Stabilität	.09***	.35	14.95	.000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Als wichtigster Mediator zwischen Emotionaler Stabilität und Psychischer Gesundheit figuriert Resignation (.06), gefolgt von Drogen (.04) und Selbstbeschuldigung (.04).

Tab. 57: Wichtigste Mediatoren zwischen emotionaler Stabilität und Psychischer Gesundheit

	Wichtigste Mediatoren	Produkt der Betakoeffizienten
	Religion	.00 n.s.
	Ablenkung 2	.00 n.s.
	Verleugnung	.01
	Drogen	.04
	Resignation	.06
	Selbstbeschuldigung	.04

In der folgenden Abbildung sind die Ergebnisse des Mediationsmodells Psychische Gesundheit unter Berücksichtigung der Vorzeichen der Korrelationen zusammenfassend dargestellt. Wobei nur die Mediatoren, bei denen das Produkt der Betakoeffizienten einen Wert grösser als .02 ergab, abgebildet und die wichtigsten Mediatoren fett eingezeichnet sind.

Es ergibt sich ein indirekter Pfad von *schlechter Arbeitsintegration* auf die schlechte psychische Gesundheit. Wobei die Bewältigungsstrategie **Resignation** als wichtiger Mediator wirkt. *Abhängigkeit von Hilfe, schlechter Gesundheitszustand, niedrige Selbstbestimmung und niedrige Selbstwirksamkeit* wirken auf die schlechte psychische Gesundheit, mediiert durch **Resignation** und Drogengebrauch.

Es findet sich ein indirekter Effekt von *Stigmatisierung* auf die schlechte psychische Gesundheit, wobei wiederum **Resignation** und Drogengebrauch, aber auch Verleugnung als wichtige Mediatoren wirken.

*Neurotizismus* wirkt auf die schlechte psychische Gesundheit, mediiert durch **Resignation**, Drogengebrauch und Selbstbeschuldigung.

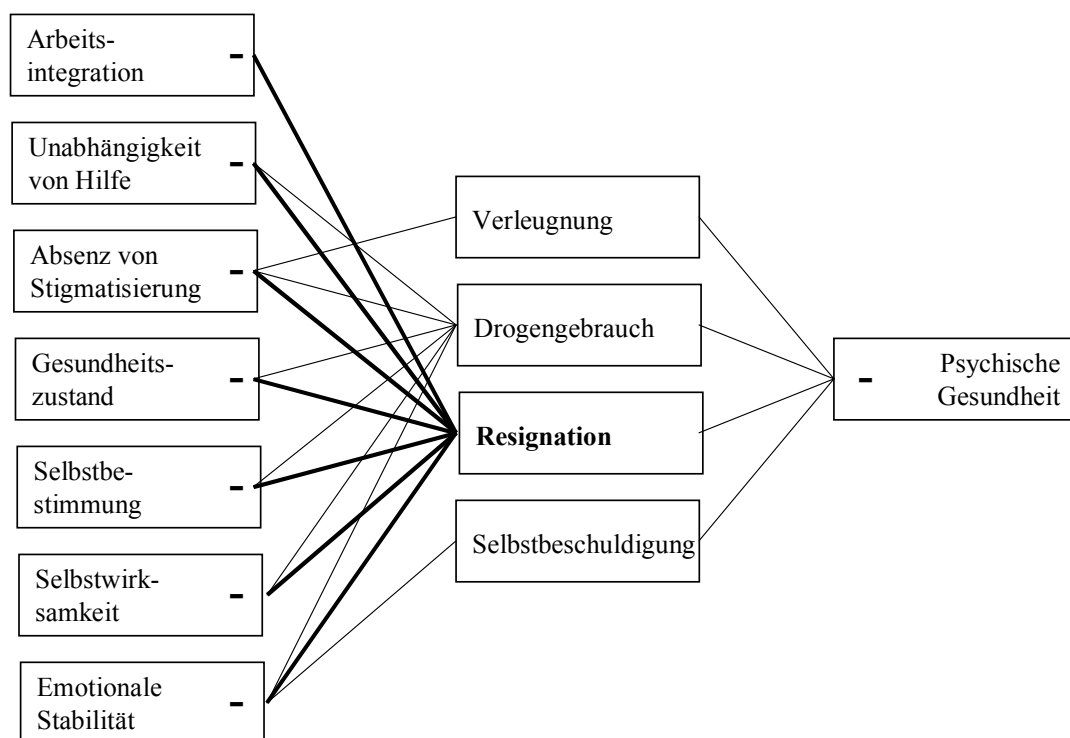


Abb. 8: Mediationsmodell Psychische Gesundheit

### 4.3.3 Mediationsmodell Selbstwert

#### 4.3.3.1 Resultate zur ersten Bedingung

Die erste Bedingung des Mediationsmodells lautet auf die hier zu prüfenden Variablen bezogen: Die Prädiktorvariablen des Umwelt- und Person-Systems korrelieren mit der abhängigen Variablen Selbstwert.

Die Resultate werden in der folgenden Tabelle 58 dargestellt.

Alle Prädiktorvariablen des Umwelt- und Person-Systems korrelieren sehr signifikant mit der abhängigen Variablen Selbstwert. Die höchsten Korrelationen erreichen die Skala „Selbstwirksamkeit“ ( $r=.68$ ) und die Skala „Selbstbestimmung“ ( $r=.63$ ), gefolgt von der Skala „Emotionale Stabilität“ ( $r=.54$ ) und dem Indikator „Freizeit“ ( $r=.38$ ). Die tiefsten Korrelationen erreichen „Gewissenhaftigkeit“ ( $r=.19$ ) und „Wohnraum“ ( $r=.10$ ).

Tab. 58: Korrelationen zwischen den Prädiktorvariablen des Umwelt- und Person-Systems und der abhängigen Variablen Selbstwert

Indikatoren/Skalen	Selbstwert
Bildung	.24**
Arbeitsintegration	.34**
Persönliches Einkommen	.18**
Haushaltseinkommen	.21**
Wohnraum pro Person	.10**
Soziale Kontakte	.30**
Freizeit	.38**
Mobilität	.25**
Unabhängigkeit von Hilfe	.37**
Absenz von Stigmatisierung	.39**
Gesundheitszustand	.36**
Selbstbestimmung	.63**
Selbstwirksamkeit	.68**
Extraversion	.29**
Verträglichkeit	.24**
Gewissenhaftigkeit	.19**
Emotionale Stabilität	.54**
Kultur	.30**

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

#### 4.3.3.2 Resultate zur zweiten Bedingung

Die zweite Bedingung des Mediationsmodells lautet: Die Prädiktorvariablen des Umwelt- und Person-Systems korrelieren mit dem potentiellen Mediator, im vorliegenden Modell also der Bewältigung. Die Resultate wurden in der Tabelle 30 (S. 100) dargestellt.

#### 4.3.3.3 Resultate zur dritten Bedingung

Um die dritte Bedingung zu erfüllen, muss der potentielle Mediator (Bewältigung) mit der abhängigen Variablen (Selbstwert) korrelieren, nachdem der Einfluss der Prädiktorvariablen des Umwelt- und Person-Systems kontrolliert wird. Die Prüfung der dritten Bedingung wurde mittels hierarchischen Regressionsanalysen durchgeführt. Die Resultate der Auswertungen werden in Tabelle 59 in einer Übersicht dargestellt. Die jeweiligen Werte finden sich im Anhang, Kapitel 8.3.3.

Tab. 59: Resultate der Prüfung der dritten Bedingung des Mediationsmodells Selbstwert

Abhängige Variable	Unabhängige Variable	Potentielle Mediatoren
Selbstwert	Bildung	Umdeutung
		Humor
		Verleugnung
		Abreaktion
		Resignation
		Aktive Bewältigung
	Arbeitsintegration	Umdeutung
		Humor
		Instru. Unterstützung
		Verleugnung
		Drogen
		Resignation
	Persönliches Einkommen	Selbstbeschuldigung
		Verleugnung
		Resignation
		Selbstbeschuldigung
		Verleugnung
		Drogen
	Haushaltseinkommen	Resignation
		Selbstbeschuldigung
		Verleugnung
		Drogen
		Resignation
		Selbstbeschuldigung
	Wohnraum	Umdeutung
		Religion
		Instru. Unterstützung
		Resignation
		Umdeutung
		Humor
	Soziale Kontakte	Inst. Unterstützung
		Verleugnung
		Drogen
		Resignation

Abhängige Variable	Unabhängige Variable	Potentielle Mediatoren
Selbstwert	Freizeit	Planung
		Umdeutung
		Humor
		Verleugnung
		Drogen
	Mobilität	Resignation
		Instru. Unterstützung
		Verleugnung
		Abreaktion
		Drogen
	Unabhängigkeit von Hilfe	Resignation
		Aktive Bewältigung
		Humor
		Verleugnung
		Abreaktion
	Absenz von Stigmatisierung	Drogen
		Resignation
		Selbstbeschuldigung
		Umdeutung
		Ablenkung 1
	Gesundheitszustand	Verleugnung
		Abreaktion
		Drogen
		Resignation
		Selbstbeschuldigung
	Selbstbestimmung	Aktive Bewältigung
		Umdeutung
		Humor
		Verleugnung
		Abreaktion
	Selbstwirksamkeit	Drogen
		Resignation
		Selbstbeschuldigung
		Humor
		Emot. Unterstützung
	Extraversion	Verleugnung
		Drogen
		Resignation
		Selbstbeschuldigung
		Umdeutung
	Verträglichkeit	Humor
		Verleugnung
		Abreaktion
		Drogen
		Resignation

Abhängige Variable	Unabhängige Variable	Potentielle Mediatoren
Selbstwert	Verträglichkeit	Selbstbeschuldigung
	Gewissenhaftigkeit	Umdeutung
		Humor
		Verleugnung
		Abreaktion
		Drogen
		Resignation
		Selbstbeschuldigung
	Emotionale Stabilität	Humor
		Ablenkung 1
		Verleugnung
		Drogen
		Resignation
		Selbstbeschuldigung
	Kultur	Umdeutung
		Humor
		Verleugnung
		Drogen
		Resignation

#### 4.3.3.4 Resultate zur vierten Bedingung

Nach der vierten Bedingung des Mediationsmodells darf der Effekt der Prädiktorvariablen des Umwelt- und Person-Systems auf die abhängige Variable (Selbstwert) nicht signifikant sein oder muss sich stark verringern, wenn der potentielle Mediator Bewältigung kontrolliert wird. Die vierte Bedingung des Mediationsmodells wurde mittels hierarchischen Regressionsrechnungen überprüft

Im Folgenden werden wiederum nur die Ergebnisse dargestellt, bei denen die Mediatoren (Copingsskalen) den Effekt der unabhängigen Variablen auf den Selbstwert um das Zweieinhalbfache und mehr reduziert haben.

Unter der statistischen Kontrolle der Copingskalen aktive Bewältigung, Humor, Verleugnung, Abreaktion, Drogen, Resignation und Selbstbeschuldigung reduziert sich die erklärte Varianz der **Unabhängigkeit von Hilfe** auf den Selbstwert von 14% auf 5% (siehe Resultate zur ersten Bedingung (Tabelle 58) und Tabelle 60).

Tab. 60: 4. Bedingung. Unabhängige Variable: Unabhängigkeit von Hilfe / Abhängige Variable: Selbstwert / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Selbstwert	.28***			
	Aktives Bewältigen		.07	2.65	.008
	Humor		.17	6.94	.000
	Verleugnung		-.12	-4.57	.000
	Abreaktion		-.08	-2.88	.004
	Drogen		-.17	-6.58	.000
	Resignation		-.25	-9.08	.000
	Selbstbeschuldigung		-.15	-5.22	.000
2	Selbstwert	.05***			
	Aktives Bewältigen		.09	3.44	.001
	Humor		.14	5.58	.000
	Verleugnung		-.11	-4.42	.000
	Abreaktion		-.03	-1.30	.194
	Drogen		-.13	-5.36	.000
	Resignation		-.22	-8.14	.000
	Selbstbeschuldigung		-.15	-5.46	.000
	Unabhängigkeit von Hilfe		.25	9.92	.000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Als wichtigster Mediator zwischen Unabhängigkeit von Hilfe und Selbstwert figuriert Resignation (.03), gefolgt von Drogen (.02) und Humor (.02).

Tab. 61: Wichtigste Mediatoren zwischen Unabhängigkeit von Hilfe und Selbstwert

Wichtigste Mediatoren	Produkt der Betakoeffizienten
Aktives Bewältigen	-.01
Humor	.02
Verleugnung	.00 n.s.
Abreaktion	.01
Drogen	.02
Resignation	.03
Selbstbeschuldigung	.00 n.s.

Unter der statistischen Kontrolle der Copingskalen Umdeutung, Ablenkung 1, Verleugnung, Abreaktion, Drogen, Resignation und Selbstbeschuldigung reduziert sich die erklärte Varianz der **Absenz von Stigmatisierung** auf den Selbstwert von 15% auf 6% (siehe Resultate zur ersten Bedingung (Tabelle 58) und Tabelle 62).

Tab. 62: 4. Bedingung. Unabhängige Variable: Absenz von Stigmatisierung / Abhängige Variable: Selbstwert / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Selbstwert	.26***			
	Umdeutung		.16	6.18	.000
	Ablenkung 1		.05	2.00	.045
	Verleugnung		-.14	-5.42	.000
	Abreaktion		-.07	-2.76	.006
	Drogen		-.16	-6.23	.000
	Resignation		-.26	-9.84	.000
	Selbstbeschuldigung		-.16	-5.81	.000
2	Selbstwert	.06***			
	Umdeutung		.16	6.35	.000
	Ablenkung 1		.07	2.96	.003
	Verleugnung		-.10	-3.89	.000
	Abreaktion		-.06	-2.39	.017
	Drogen		-.12	-4.74	.000
	Resignation		-.21	-8.38	.000
	Selbstbeschuldigung		-.11	-4.39	.000
	Absenz von Stigmatisierung		.28	11.21	.000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Als wichtigster Mediator zwischen Absenz von Stigmatisierung und Selbstwert figuriert Resignation (.04), gefolgt von Drogen (.03) Selbstbeschuldigung (.02) und Verleugnung (.02).

Tab. 63: Wichtigste Mediatoren zwischen Absenz von Stigmatisierung und Selbstwert

Wichtigste Mediatoren	Produkt der Betakoeffizienten
Umdeutung	.00 n.s.
Ablenkung 1	-.00
Verleugnung	.02
Abreaktion	.00 n.s.
Drogen	.03
Resignation	.04
Selbstbeschuldigung	.02



Unter der statistischen Kontrolle der Copingskalen aktive Bewältigung, Umdeutung, Humor, Verleugnung, Abreaktion, Drogen, Resignation und Selbstbeschuldigung reduziert sich die erklärte Varianz des **Gesundheitszustands** auf den Selbstwert von 13% auf 4% (siehe Resultate zur ersten Bedingung (Tabelle 58) und Tabelle 64).

Tab. 64: 4. Bedingung. Unabhängige Variable: Gesundheitszustand / Abhängige Variable: Selbstwert / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Selbstwert	.28***			
	Aktive Bewältigung		.05	1.91	.056
	Umdeutung		.09	3.03	.002
	Humor		.15	6.05	.000
	Verleugnung		-.14	-5.23	.000
	Abreaktion		-.07	-2.94	.003
	Drogen		-.15	-5.99	.000
	Resignation		-.25	-9.51	.000
	Selbstbeschuldigung		-.17	-6.14	.000
2	Selbstwert				
	Aktive Bewältigung		.08	2.81	.005
	Umdeutung		.10	3.53	.000
	Humor		.12	5.12	.000
	Verleugnung		-.11	-4.16	.000
	Abreaktion		-.07	-2.90	.004
	Drogen		-.11	-4.62	.000
	Resignation		-.21	-8.14	.000
	Selbstbeschuldigung		-.16	-6.21	.000
	Gesundheitszustand	.04***	.23	9.27	.000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Als wichtigster Mediator zwischen Gesundheitszustand und Selbstwert figuriert Resignation (.04), gefolgt von Drogen (.03) und Verleugnung (.02).

Tab. 65: Wichtigste Mediatoren zwischen Gesundheitszustand und Selbstwert

Wichtigste Mediatoren	Produkt der Betakoeffizienten
Aktive Bewältigung	-.01
Umdeutung	-.00
Humor	.01
Verleugnung	.02
Abreaktion	.00 n.s.
Drogen	.03
Resignation	.04
Selbstbeschuldigung	.00 n.s.

Unter der statistischen Kontrolle der Copingskalen Humor, Ablenkung 1, Verleugnung, Drogen, Resignation und Selbstbeschuldigung reduziert sich die erklärte Varianz der **Emotionalen Stabilität** auf den Selbstwert von 30% auf 12% (siehe Resultate zur ersten Bedingung (Tabelle 58) und Tabelle 66).

Tab. 66: 4. Bedingung. Unabhängige Variable: Emotionale Stabilität / Abhängige Variable: Selbstwert / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Selbstwert	.27***			
	Humor		.18	7.51	.000
	Ablenkung 1		.07	2.92	.004
	Verleugnung		-.12	-4.57	.000
	Drogen		-.17	-6.70	.000
	Resignation		-.28	-10.80	.000
	Selbstbeschuldigung		-.18	-6.89	.000
2	Selbstwert				
	Humor		.11	4.83	.000
	Ablenkung 1		.07	3.18	.002
	Verleugnung		-.08	-3.47	.000
	Drogen		-.11	-4.65	.000
	Resignation		-.19	-7.86	.000
	Selbstbeschuldigung		-.07	-2.99	.003
	Emotionale Stabilität	.12***	.40	15.86	.000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Als wichtigster Mediator zwischen emotionaler Stabilität und Selbstwert figuriert Resignation (.06), gefolgt von Selbstbeschuldigung (.05), Humor (.02) und Drogen (.02).

Tab. 67: Wichtigste Mediatoren zwischen emotionaler Stabilität und Selbstwert

	Wichtigste Mediatoren	Produkt der Betakoeffizienten
	Humor	.02
	Ablenkung 1	.00 n.s.
	Verleugnung	.01
	Drogen	.02
	Resignation	.06
	Selbstbeschuldigung	.05

In der folgenden Abbildung 9 sind die Ergebnisse des Mediationsmodells Selbstwert unter Berücksichtigung der Vorzeichen der Korrelationen zusammengefasst dargestellt. Wobei nur die Mediatoren, bei denen das Produkt der Betakoeffizienten einen Wert grösser als .02 ergab, abgebildet und die wichtigsten Mediatoren fett eingezeichnet sind

Es ergibt sich ein indirekter Pfad von *Stigmatisierung* und *schlechtem Gesundheitszustand* auf den niedrigen Selbstwert. Wobei die Bewältigungsstrategien **Resignation** und Drogengebrauch als wichtige Mediatoren wirken.

*Abhängigkeit von Hilfe* wirkt auf den niedrigen Selbstwert, mediiert durch **Resignation**.

*Neurotizismus* wirkt auf den niedrigen Selbstwert, mediiert durch **Resignation** und Selbstbeschuldigung.

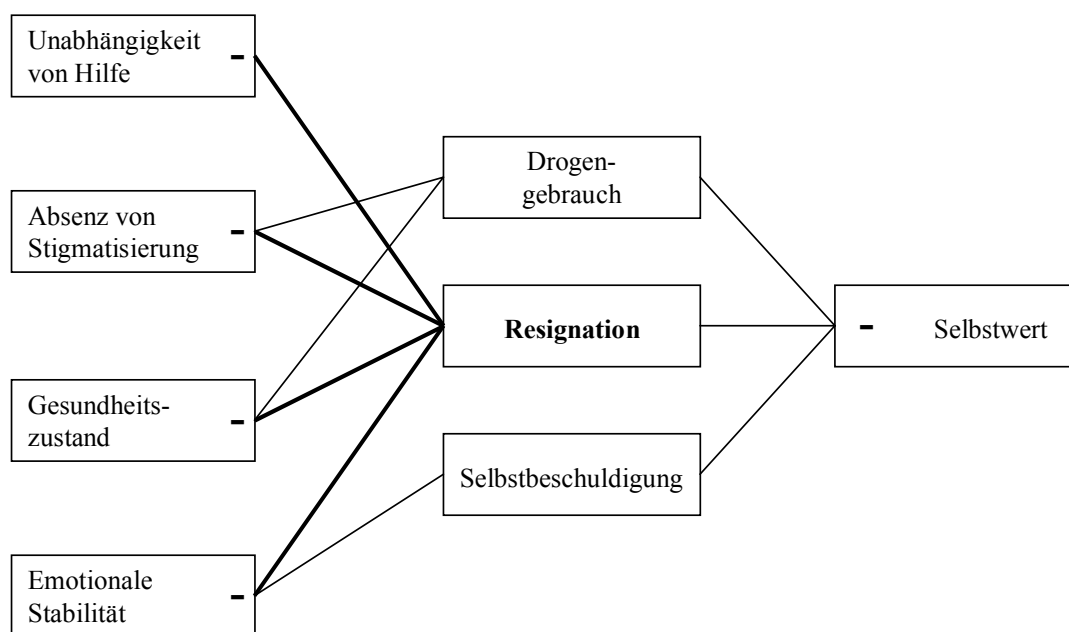


Abb. 9: Mediationsmodell Selbstwert

## 5. Diskussion und Ausblick

Im letzten Kapitel dieser Arbeit wurde eine Vielzahl von empirischen Befunden präsentiert. Zum Abschluss dieser Untersuchung soll nun die Ebene der Einzelergebnisse verlassen werden und das Vorgehen der Studie und die Befunde in ihrer Gesamtheit beurteilt werden. In einem ersten Schritt wird daher ein Rückblick auf die Ausgangslage und die Fragestellung der Studie vorgenommen (Kapitel 5.1). Dann folgt eine kritische Betrachtung der Stichprobe und Methode (Kapitel 5.2), der Ergebnisse der Fragestellung „Bewältigung als Mediator“ (Kapitel 5.3), der praktischen Relevanz der Studie (Kapitel 5.4) und der Einschränkungen der Untersuchung (Kapitel 5.5).

### 5.1 *Rückblick auf Ausgangslage und Fragestellung*

Die *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vom Jahre 2001 betont zwar, dass eine Behinderung gekennzeichnet ist als das Ergebnis oder die Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Gesundheitsproblem eines Individuums und seinen person- und umweltbezogenen Faktoren.

Die Frage nach den konkreten Belastungen und Bewältigungen von Menschen mit Behinderungen wird aber nicht beantwortet.

Hier setzt die vorliegende Studie an. Sie geht davon aus, dass eine Behinderung an die Betroffenen hohe Anforderungen stellt und verfolgt das Ziel, jenen Determinanten auf die Spur zu kommen, die das Stressgeschehen bei Menschen mit Behinderungen beeinflussen. Im speziellen wurde untersucht, ob die Sicht der Copingtheorie zutrifft, nach welcher die Bewältigung ein zentraler Vermittler ist zwischen einer belastenden Person-Umwelt Beziehung und den unmittelbaren und langfristigen Auswirkungen derselben.

Folgende Fragestellung wurde bearbeitet:

Wird die Beziehung zwischen dem Umwelt- und Person-System der Menschen mit Behinderungen und den Kriterien des Bewältigungserfolgs wie psychische Gesundheit, Lebenszufriedenheit und Aufrechterhaltung eines positiven Selbstwertgefühls durch Coping vermittelt, d.h. üben die Copingreaktionen eine Mediatorwirkung aus?

## 5.2 Stichprobe und Methode

Von den insgesamt erreichten 4771 Bezüchern/Bezügerinnen von Leistungen der Invalidenversicherung (Nettostichprobe) schickten 2008 Personen den Fragebogen zurück. Dies entspricht einem Rücklauf von 42%, welcher den Erwartungen an den Rücklauf einer schriftlichen Befragung auf postalischem Wege entspricht (Diekmann, 1995). Der erreichte Rücklauf von 42% kann aber bei einer Stichprobe von Menschen mit Behinderungen insofern als sehr gut bewertet werden, als bei der Befragung von Menschen mit relativ niedrigem Bildungsniveau, die überdies zu so genannten „Randgruppen“ gehören, in der Regel tiefere Rücklaufquoten erreicht werden (Diekmann, 1995).

In Bezug auf die Repräsentativität der vorliegenden Stichprobe kann gesagt werden, dass der erreichte Anteil an IV-Rentnern/Rentnerinnen (62%) und Bezüchern/Bezügerinnen individueller Massnahmen (38%) des Samples mit dem Anteil an IV-Rentnern/Rentnerinnen und Bezüchern/Bezügerinnen von individuellen Massnahmen in der Gesamtpopulation der IV-Leistungsbezüger/innen übereinstimmt.

Die Repräsentativität der vorliegenden Daten nach den Aussenkriterien Art und Ursache der Beeinträchtigung, Geschlecht, Alter, Nationalität und Wohnsituation hingegen kann nur für die *IV-Rentner/innen* des Samples bestimmt werden, da für die Bezüger/innen individueller Massnahmen in der IV-Statistik des Jahres 2002 keine Vergleichszahlen vorliegen:

Während die IV-Rentner/innen in den Merkmalen Geschlecht, Alter, Schweizer Staatsbürgerschaft und Ursache der Beeinträchtigung sehr gut in der Stichprobe abgebildet werden und auch die Arten der Beeinträchtigungen schwergewichtig gleich verteilt sind, zeigt sich, dass die IV-Rentner/innen, die in Heimen leben, leicht untervertreten sind. Aufgrund dieser Untervertretung der IV-Rentner/innen, die in Heimen leben, und der fehlenden Vergleichszahlen für die Bezüger/innen von individuellen Massnahmen können die Ergebnisse somit nicht auf alle 405 000 Bezüger/innen von Leistungen der Invalidenversicherung generalisiert werden, die im Jahre 2002 entweder eine IV-Rente oder individuelle Massnahmen bezogen haben.

Die Fragebogenmethode hat sich für die Beantwortung der Fragestellung bewährt. Es konnte eine grosse Anzahl und ein breites Spektrum von Menschen mit Behinderungen zeit- und kostensparend befragt werden.

Die besondere Massnahme in dieser Erhebung wie der Einbezug von Proxies haben aber zur Konsequenz, dass die normalerweise in schriftlichen Befragungen gegebene Gleichheit der Messsituation in dieser Untersuchung nicht durchgehend eingehalten werden konnte. Dies muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Der Einbezug von Proxies ermöglicht zwar den Anteil der erreichbaren Menschen mit Behinderungen zu erhöhen, setzt aber indirekt das Vorhandensein einer Vertrauensperson voraus und die Bereitschaft derselben, die Fragen mit dem/der Betroffenen durchzugehen. Schriftlich oder telefonisch wurde von einigen Angeschriebenen mitgeteilt, dass sie niemanden haben, der ihnen beim Ausfüllen des Fragebogens helfen kann. Angehörige und professionelle Helfer/innen meldeten zurück, dass sie die benötigte Zeit dazu nicht aufwenden können oder wollen.

Diese Reaktionen liefern Erklärungen, weshalb Menschen mit schweren kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen und somit grosser Abhängigkeit von Angehörigen oder professionellen Betreuern aufgrund des gewählten Erhebungsinstruments trotz der getroffenen Vorkehrungen weniger gut erreicht werden konnten.

Alle Menschen mit Behinderungen zu erreichen, war aber auch nicht der Anspruch der Untersuchung und könnte auch in einem anderen Verfahren nicht geleistet werden.

Die Durchführung der Erhebung mittels standardisierter mündlicher Interviews oder Telefoninterviews hätte z. B. den Vorteil einer höheren Kontrolle der Erhebungssituation, wäre aber auch mit einigen Nachteilen verbunden gewesen. So wären Menschen mit Hörbeeinträchtigungen klar benachteiligt gewesen. Menschen mit Konzentrationsschwierigkeiten oder schneller Ermüdbarkeit hätten im Gegensatz zu einer schriftlichen Befragung nicht die Gelegenheit gehabt, die Fragen in ihrem Tempo durchzudenken und bei Bedarf sogar in kleinen Tagesetappen durchzugehen. Zudem wäre es gerade bei komplexeren Fragen wie z.B. zur Netzwerkgrösse für alle Befragten schwierig gewesen, spontan darüber Auskunft zu geben. Nicht zuletzt wäre mittels standardisierter, mündlicher Interviews die Befragung um einiges ressourcenintensiver ausgefallen und somit wäre eine wesentlich kleinere Stichprobe als mittels schriftliche Befragung erreicht worden.

Die A-priori-Skalen des Fragebogens haben sich mit Ausnahme der Skala „Ablenkung“ des Bewältigungsinventars empirisch bestätigt. Das Messmodell kann als gut bezeichnet werden, weil die Menge der Items reliable Indikatoren der postulierten Konstrukte darstellen.

Die Erfassung der dispositionellen und nicht episodischen Bewältigung von Menschen mit Behinderungen hat sich angesichts dessen, dass Menschen mit unterschiedlichsten Formen und Verläufen von Beeinträchtigungen erfasst wurden, als richtig erwiesen.

Zu erwähnen sind aber die hohen Interkorrelationen der abhängigen Variablen Lebenszufriedenheit, Psychische Gesundheit und Selbstwert (siehe Anhang Kapitel 8.2, Tabelle 70). Anscheinend ist es schwierig, die Forderung von Weber (1992), zur Evaluation der Bewältigung eine möglichst grosse Anzahl verschiedener Kriterienvariablen einzubeziehen und auch positive Folgen wie Lebenszufriedenheit zu berücksichtigen, mit voneinander unabhängigen Konstrukten zu erfüllen. Ähnlich hohe Interkorrelationen zwischen den Kriterienvariablen Lebensqualität und Depressivität werden auch von Förster (2003) in einer Studie zu den subjektiven Krankheitstheorien von Tumorpatienten berichtet.

### **5.3 *Bewältigung als Mediator***

Die im Kapitel 2.1 beschriebenen Belastungen von Menschen mit Behinderungen machen deutlich, dass eine Beeinträchtigung alle Lebensbereiche betreffen kann, und dass Auswirkungen in der Lebenszufriedenheit, in der psychischen Gesundheit und im Selbstwertgefühl zu erwarten sind.

Das Umwelt und Person-System von Menschen mit Behinderungen erweisen sich denn auch in der vorliegenden Studie als wichtige Prädiktoren für die Lebenszufriedenheit, die psychische Gesundheit und den Selbstwert. Die Zusammenhänge zwischen diesen Variablen werden aber zu einem grossen Anteil durch die Bewältigungsstrategien mediiert.

In der Abbildung 10 sind nochmals zusammenfassend die Ergebnisse aller drei Mediationsmodelle dargestellt. Sie werden im Folgenden unter Beachtung der Vorzeichen der Korrelationen diskutiert und in theoretische Bezugsrahmen eingebettet. Eine Betrachtung der Ergebnisse im Rahmen der in Kapitel 2.2.9 diskutierten empirischen Befunde zur Mediatorwirkung von Bewältigung ist problematisch, da die einzelnen Studien hinsichtlich Methodik und untersuchten Stichproben stark variieren. Dennoch wird der Versuch unternommen, die empirischen Ergebnisse dieser Studie in Bezug auf bereits veröffentlichte Forschungsergebnisse einzuordnen.

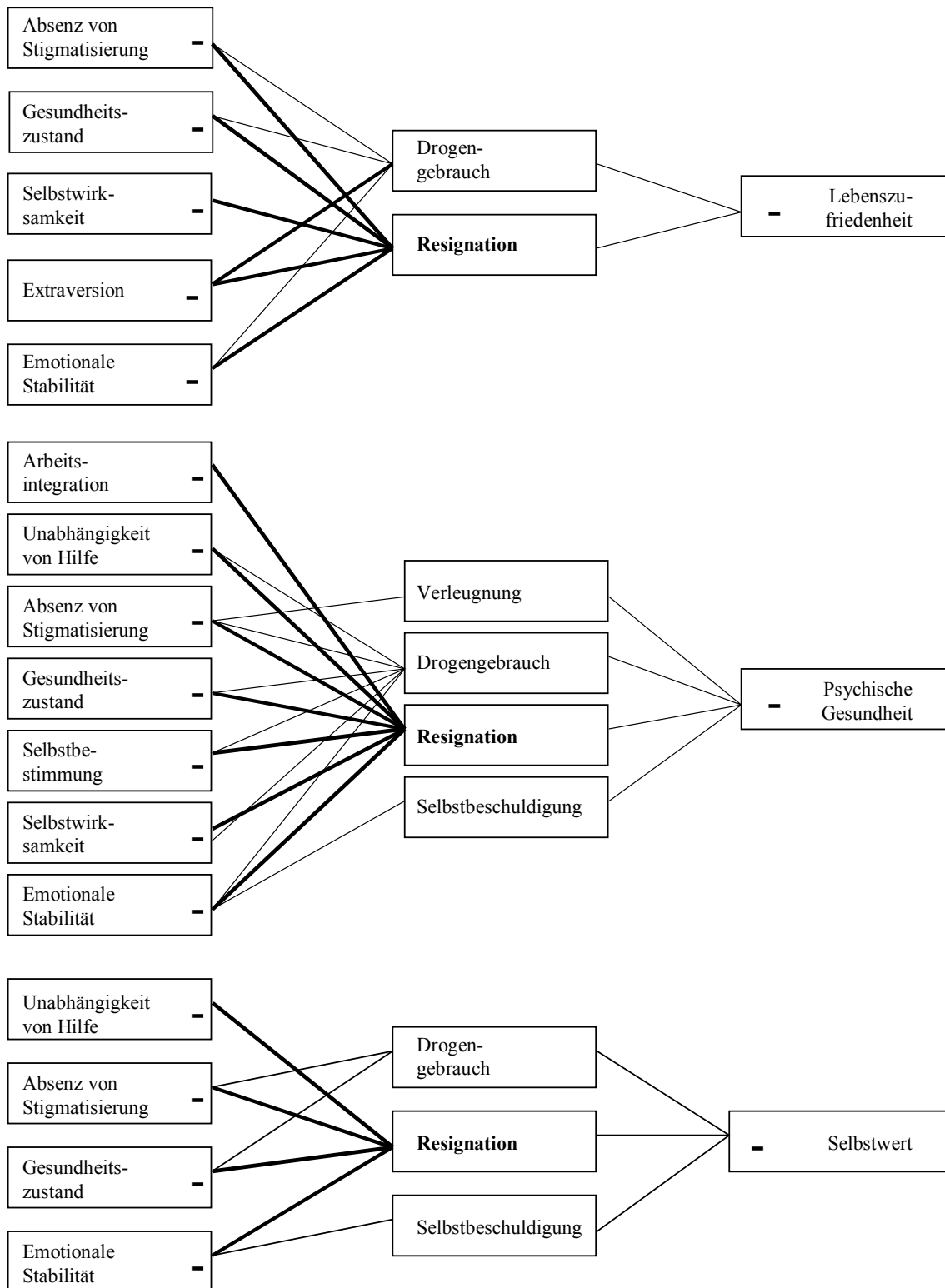


Abb. 10 : Die drei Mediationsmodelle



In allen drei Modellen wird ein signifikanter indirekter Pfad vom *schlechtem Gesundheitszustand, von Stigmatisierung und von Neurotizismus* auf die abhängigen Variablen tiefe Lebenszufriedenheit, schlechter psychischer Gesundheitszustand und niedriger Selbstwert gefunden. Wobei die Bewältigungsstrategien **Resignation**, Drogengebrauch und Selbstbeschuldigung als wichtige Mediatoren wirken.

Der Befund, dass Neurotizismus indirekt über die Strategie Resignation auf den schlechten psychischen Gesundheitszustand wirkt, wird in der Längsschnittstudie von Vollrath et al. (1998) an ehemaligen psychiatrischen Patienten bestätigt. Es erwiesen sich die Copingstrategien Resignation, Abreagieren von Emotionen und geringer Gebrauch von problemorientierten Strategien als wichtige Mediatoren zwischen dem erfassten Neurotizismus und erhöhten Werten in den Skalen „Somatoforme Störungen“, „Dysthymia“, „Alkoholabhängigkeit“ und „Störungen der Gedanken“ des „Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II)“.

Indirekte Effekte von *niedriger Selbstwirksamkeit* finden sich in der vorliegenden Studie hingegen nur auf die tiefe Lebenszufriedenheit und die schlechte psychische Gesundheit. Wobei wiederum **Resignation** und Drogengebrauch als wichtige Mediatoren wirken.

Betrachtet man Resignation als eine depressive Verarbeitungsform, so kommt Appel und Hahn (1996) bei einer Studie an Krebspatienten/Krebspatientinnen zu ähnlichen Ergebnissen. Es wurde ein Mediatoreffekt zwischen dem Coping Grübeln (depressive Verarbeitungsform) und dem emotionalen Befinden entdeckt. Patienten/Patientinnen mit einer hohen Selbstwirksamkeit wendeten weniger die Strategie Grübeln an und litten weniger an Depressionen und Ängsten.

*Abhängigkeit von Hilfeleistungen* wirkt sowohl auf die schlechte psychische Gesundheit als auch auf einen niedrigen Selbstwert, mediiert durch **Resignation** und Drogengebrauch.

Es findet sich nur ein indirekter Effekt von *Introversion* auf die tiefe Lebenszufriedenheit. Wobei **Resignation** und Drogengebrauch als wichtige Mediatoren wirken.

*Tiefe Arbeitsintegration* und *niedrige Selbstbestimmung* wirken nur auf die schlechte psychische Gesundheit, mediiert durch **Resignation** und Substanzgebrauch.

Ersichtlich wird aus der Abbildung 10 zudem, welche bedeutende Rolle in allen drei Modellen der Bewältigungsstrategie Resignation zukommt. Sie figuriert überall als wichtigster Mediator (fett eingezeichnet).

Es stellt sich daher die Frage, wie dieser aufgezeigte Teufelskreis von Belastungen, Resignation, tiefer Lebenszufriedenheit, schlechter psychischer Gesundheit und Verlust an Selbstwert in der Literatur zur Anpassung an eine Behinderung beschrieben wird.

Theorien dazu liefert v.a die Verhaltenspsychologie und Verhaltensmedizin mit den Konstrukten *erlernte Hilflosigkeit*, *externer Locus of Control*, *Machtlosigkeit*, *chronisches Krankheitsverhalten* und *resignative Lebensbilanz*. All diesen Konstrukten ist gemeinsam, dass die Betroffenen glauben, keinen Einfluss auf den Verlauf der Dinge zu haben. Da sie aber doch gewisse Eigenständigkeit und Spezifität besitzen, werden sie im Folgenden getrennt vorgestellt.

Von *chronischem Krankheitsverhalten* (Zielke & Sturm, 1994) spricht man, wenn das subjektive Krankheitsgefühl des Patienten/der Patientin und das daraus resultierende Verhalten in keiner angemessenen Relation zu den medizinischen Befunden steht. Das bedeutet, dass Patienten/Patientinnen sich kränker verhalten, als es nach Würdigung der aktuellen medizinischen Befunde gerechtfertigt wäre. Dabei haben sich oftmals die Folgerungen, die der Patient/die Patientin mit seinem Denken, Fühlen und Handeln im Zusammenhang mit seinen Beschwerden für sich gezogen hat, als eigene, spezifische Verhaltensauffälligkeiten gewissermaßen verselbständigt.

Das chronische Krankheitsverhalten ist charakterisiert durch folgende Verhaltensmerkmale:

- Zunehmende Passivität und Hilflosigkeit
- Verlust an Selbsthilfemöglichkeiten
- Zunehmende Inanspruchnahme medizinisch-diagnostischer Massnahmen
- Verlust an Vertrauen in die Funktionstüchtigkeit des eigenen Körpers (physische Bedrohung)
- Verlust an Vertrauen in die psychische Funktionstüchtigkeit der eigenen Person (Selbstwertbedrohung)
- Körperliches Schonverhalten – körperlicher Trainingsmangel
- Psychisches und soziales Schonverhalten – sozialer Trainingsmangel
- Einschränkung passiver Entspannungsmöglichkeiten
- Soziale Beziehung durch Krankenrolle stabilisiert
- Erhöhter Verfügbarkeitsdruck nach medizinischen Interventionen
- Missbrauch von Medikamenten bzw. Abhängigkeitsgefährdung
- Zunehmende Abhängigkeit vom medizinischen Versorgungssystem

Typisch für die Krankheitsgeschichte dieser Personen ist, dass sie aufgrund richtiger aber auch fehlgeleiteter Diagnosen alle möglichen Behandlungsversuche im ambulanten und stationären Bereich unternommen haben. Dieses sogenannte „Ueberweisungskarussell“ führt dazu, dass die Patienten/Patientinnen in ihrer Krankenrolle bestärkt werden. Die daraus resultierenden langen Krankheitsverläufe werden auch durch ein organ-medizinisch orientiertes Gesundheitssystem gefördert, welches immer noch eine Trennung zwischen somatischen und psychischen Krankheiten vornimmt, ohne deren wechselseitige Beeinflussung zu berücksichtigen.

Hinzu kommt nach Zielke und Sturm (1994, S. 43), dass „Ärzte/Ärztinnen nur selten ihre Patienten/Patientinnen aus ihrem Behandlungszimmer entlassen, ohne ihnen eine Rezept für ein Medikament mitzugeben. Medizinsoziologisch gesehen ist dies die einzig verbleibende Möglichkeit, die Insuffizienz der diagnostischen Methode, die Inkompetenz zur Förderung einer angemessenen Krankheitsanpassung und die Hilflosigkeit zur Anleitung von Verhaltensänderungen sich selbst und dem Patienten/der Patientin gegenüber nicht in Erscheinung treten zu lassen und gleichzeitig, sich selbst und dem Patienten/der Patientin das Gefühl zu vermitteln, etwas getan zu haben“. Neben der Verfestigung des Krankheitsverständnisses von Patienten/Patientinnen, „richtig“ krank zu sein, weil sie auch „richtig“ medikamentös wie Kranke behandelt werden, führt z.B. der Missbrauch von Tranquilizern und Schmerzmitteln zu nachhaltigen Abhängigkeiten, die dann selbst wieder behandelt werden müssen. Aus vielen Krankheitsgeschichten ist bekannt, welchen fatalen Einfluss die Einnahme gerade von Tranquilizern und Schmerzmitteln auf das Krankheitsverhalten hat. Sie bieten kurzfristige, leicht verfügbare und nicht unangenehme Möglichkeiten, aktuelle, krisenhafte Zuspitzungen im privaten und beruflichen Bereich zu bewältigen. Gleichzeitig verhindern sie angemessene Bewältigungsstrategien und fördern die Hilflosigkeit und Abhängigkeit.

In eine ähnliche Richtung weisen die Konstrukte *erlernte Hilflosigkeit*, *externer Locus of Control* und *Machtlosigkeit*.

Ein Mensch, der wiederholt mit Ereignissen konfrontiert wird, die er nicht beeinflussen kann, bildet möglicherweise eine Form von Hilflosigkeit aus, die als erlernt zu verstehen ist: er erwartet keine Kontingenz mehr zwischen seinem Handeln und dessen Folgen. Diese Erwartung kann dann auf viele Lebenssituationen übertragen werden, woraus wiederum drei Arten von Defiziten resultieren (Seligman, 1975):

1. Motivationsdefizite, d.h. der Betroffene zögert zu handeln.
2. Kognitive Defizite, d.h. die erlebte Unkontrollierbarkeit wird fälschlicherweise auf andere Lebenssituationen übertragen.
3. Emotionale Defizite, d.h. Apathie, innerer Rückzug, Depressionen und vermindertes Selbstwertgefühl.

Weil Menschen ihre Unfähigkeit, Kontrolle auszuüben, aus unterschiedlichen Kategorien von Ursachen ableiten, wurde die ursprüngliche Theorie der erlernten Hilflosigkeit revidiert und durch das Konzept der Attribuierung ergänzt (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1987). Im subjektiven Empfinden wird Hilflosigkeit wahlweise auf stabile oder variable, globale oder spezifische, sowie personengebundene (interne) oder personenunabhängige (externe) Faktoren zurückgeführt. Begründet eine Person ihre Hilflosigkeit mit der allgemeinen Lage, und zeigt sie dieses Gefühl in unterschiedlichen Situationen, attribuiert sie global und stabil. Personen, die ihre Machtlosigkeit auf interne, stabile und globale Faktoren zurückführen, sind anfälliger für Depressionen und haben ein geringeres Selbstwertgefühl als solche, die in universellen, variablen und spezifischen Faktoren die Ursache dafür sehen (Abramson et al., 1987). Insbesondere kumulative Verluste, Behinderungen und dauerhafte Einschränkungen können älteren Menschen und chronisch Kranken das Gefühl geben, hilflos zu sein (Slimmer, Lopez, LeSage, & Ellor, 1987).

Die auf der sozialen Lerntheorie basierende Theorie des Locus of Control besagt, dass die Wahrscheinlichkeit, mit der ein bestimmtes Verhalten in einer bestimmten Situation auftritt, von der Erwartung des Betreffenden abhängt, inwieweit dieses Verhalten zum gewünschten Effekt führt (Rotter, 1966). Die generalisierte Erwartung, Erfolge oder Misserfolge seien das unmittelbare Ergebnis des eigenen Verhaltens, wird als interne Kontrollüberzeugung bezeichnet; der Locus of Control liegt innerhalb des Subjektes. Die Erwartung hingegen, die Handlungsergebnisse seien von äusseren Mächten, vom Schicksal, Glück oder Zufall bestimmt, kennzeichnet die externe Kontrollüberzeugung; der Locus of Control liegt ausserhalb des Subjektes. Ueber die verschiedenen Formen und Ausprägungen der Kontrollüberzeugungen wurden bereits unzählige Arbeiten veröffentlicht, wobei Personen mit einem internen Locus of Control im Allgemeinen als potenter, kompetenter, autonomer und eher in der Lage beschrieben werden, wirksame Massnahmen zu ergreifen und unerwünschte Situationen in ihrem Sinne zu beeinflussen (Wallston & Wallston, 1989).

Die Theorien der erlernten Hilflosigkeit und des Locus of Control basieren auf einem Paradigma der Bekräftigung bzw. des Mangels an Bekräftigung in Verbindung mit der persönlichen Lerngeschichte. Sie postulieren zeitlich überdauernde Persönlichkeitszüge, die sich in Form bestimmter Kontrollüberzeugungen manifestieren. Bei Machtlosigkeit hingegen handelt es sich nach Lewis (1982) um ein existentielles Konstrukt. Im Blickpunkt der existentiellen Sichtweise stehen keine Persönlichkeitsdispositionen, sondern das „Hier und Jetzt“ und die aktuellen Umstände, die zum Zustand der Machtlosigkeit führen.

Machtlosigkeit ist die subjektiv empfundene Unfähigkeit des Betroffenen, die Weiterentwicklung der gegenwärtigen Situation oder die aktuellen Geschehnisse durch eigenes Tun zu beeinflussen. Sie kann auftreten und zum Problem werden, wenn eine oder mehrere der Machtressourcen (körperliche Stärke, psychische Kraft, Selbstkonzept, Energie, Wissen, Motivation und Glaubenssystem) beeinträchtigt sind. Im Gegensatz zur Kontrollüberzeugung stellt die Machtlosigkeit jedoch keinen Persönlichkeitszug dar, sondern ergibt sich aus der aktuellen Situation. Allerdings steht sie in direktem Zusammenhang mit dem Locus of Control, denn die Kontrollüberzeugung scheint eine zeitlich überdauernde Disposition einer bleibenden Ansicht darüber zu sein, warum es zu gewissen Ereignissen kommt oder nicht.

Das letzte Konstrukt, die *resignative Lebensbilanz* (Reschke, 2003) setzt bei den psychologischen Anpassungsprozessen an, die bei einer Krankheit erforderlich sind. Anpassung ist dabei ein hochgradig inter- und intraindividuell variierender psychischer Prozess; er kann in sich selbst eine Störung aufweisen, d.h. eine pathopsychische Qualität annehmen.

Anpassungsstörungen sind als Kategorie der Beschreibung psychischer Störungen im ICD 10 in der Gruppe F4 der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen kategorisiert. Es sind zehn diagnostische Kategorien, die dieser Störungsgruppe angehören. Sie stehen nach Reschke (2003) für eine in der Praxis reale, im Schweregrad und Leidensdruck variierende Gruppe psychischer Störungen, welche im Bereich der Rehabilitation im Prozess der Bewältigung chronischer Krankheiten und plötzlich und ereignisbedingt eintretender Schädigungen und Krankheitsbilder wahrscheinlich öfter auftritt, als sie diagnostiziert wird.

Anpassungsstörungen sind in ihren diagnostischen Leitlinien klar definierte, teilweise stark befindensbeeinträchtigende und krankheitswertige Störungen. Sie sind in ihrer Spezifik dafür prädestiniert, als sekundäre Störung und in dualen Diagnosen sowie in Komorbidität mit anderen Störungen aufzutreten.

Es scheint dabei gerade der Bereich der Rehabilitation von chronischen und schweren Krankheiten zu sein, bei denen die körperlichen und psychosozialen Krankheitsfolgen, eine antizi-

pierte Arbeitsunfähigkeit, Berentung und damit ein gravierender Wechsel in den dominierenden Tätigkeitsformen eines Menschen stattfindet, wo die Entstehung eher ungünstigerer Formen der Anpassungsstörung wahrscheinlicher wird.

Eine Anpassungsstörung zeigt sich in gedrückter trauriger Stimmung, Angst und Besorgtheit, Gefühlen des Nichtbewältigenkönnens, körperliche Beschwerden sowie Beeinträchtigungen sozialer Funktionen und alltäglicher Belastungen. Sie zeigt sich ca. einen Monat nach einem belastenden Ereignis und halten meist nicht länger als sechs Monate. Dauern sie länger an, so werden sie als chronische Anpassungsstörung bezeichnet.

Nach Reschke (2001) stellt die resignative Lebensbilanz eine besondere Form der chronischen Anpassungsstörung dar. Sie ist eine negative Variante der Lebensbilanzierung (rückblickender und antizipativer Konsequenzbetrachtung), welche eine Anpassung an Krankheit und Behinderung erschwert. Sie tritt häufiger im Alter ab 40 bis 60 Jahre auf, ist jedoch auch in jüngerem Lebensalter z.B. nach lebensverändernden Ereignissen, bzw. bei sozialer Desintegration (z.B. durch Krankheit) vorstellbar.

Die verbalen Signale resignativer Lebensbilanz wurden in einer Analyse von Akten von ambulanten Psychotherapiepatienten/-patientinnen eruiert. Im folgenden werden wörtliche Zitate aus Psychotherapie-Protokollen zitiert, die als verbale Hinweise auf Tendenzen resignativer Lebensbilanz einzuschätzen sind (Reschke, 2001, S. 45):

- Habe alles falsch gemacht
- Es lohnt sich nicht mehr
- Bin zu alt
- Ich habe das schon zu lange
- Das wird sowieso nicht wieder
- Bei mir ist sowieso alles umsonst
- Ob es mir jemals wieder gut geht
- Eigentlich habe ich keine Hoffnung
- Bei mir ist eh Hopfen und Malz verloren
- Ich habe es satt, kann die schlechte Welt nicht mehr ertragen
- Und wenn es morgen vorbei wäre, wäre auch nicht so schlimm
- Um mich heult doch eh keiner
- Tot ist für mich nicht Schlimmes, dann muss ich wenigstens nicht leiden
- Ich bin sowieso für alle eine Belastung

- Ich geh sowieso allen auf die Nerven

## **5.4    *Praktische Relevanz***

Die vorangehenden Kapitel haben gezeigt, dass bei allen Beeinträchtigungen mit chronischen Verläufen oder nicht wiederherstellbaren Läsionen komplexe psychologische Anpassungsprozesse erforderlich wären, um mit diesen neuen oder schleichend verlaufenden Situationen fertig zu werden. In der Akutmedizin gibt es nach Zielke und Sturm (1994) jedoch keine eigenständigen Ansätze zur Verbesserung dieser Anpassungsleistungen. Vielmehr wird das Entwickeln von Fertigkeiten im Umgang mit einer Erkrankung als selbstverständlicher Vorgang gesehen, der dem Betroffenen überlassen wird. In dem in dieser Studie aufgezeigten Kreislauf von Belastung und Resignation finden Betroffenen nur selten angemessene fachliche Hilfe. Neben den fatalen Folgen für jeden einzelnen, der in dem aufgezeigten Teufelskreis gefangen ist, resultieren auch erhebliche Schäden für unsere gesamte Gesellschaft aus dieser Fehlversorgung.

Um so wichtiger wäre es deshalb, dass Angehörige, Betreuer/innen, Therapeuten/Therapeutinnen und Aerzte/Aerztinnen die Betroffenen in ihren Bewältigungsbemühungen unterstützen, ungünstige Bewältigungsstrategien und Negativspiralen frühzeitig erkennen und intervenieren würden.

Miller (2003) hat folgende Fragen für ein Bewältigungs-Assessment zusammengestellt, die die gewünschten Informationen zur Primär- und Sekundärbewertung von betroffenen Personen liefern:

1. Können Sie genauer bezeichnen, was Ihren Stress bzw. Ihre Angst verursacht? Wenn ja was ist es?
2. Was empfinden Sie in Bezug auf...? (Bedrohungen wie bevorstehende Untersuchung, Therapie oder Leben mit dem betreffenden Gesundheitsproblem)
3. Was hilft Ihnen beim Umgang mit diesen Gefühlen?
4. Was haben Sie in der Vergangenheit in ähnlichen Situationen getan?
5. Hat die Krankheit Ihr Leben verändert?
6. Was hilft Ihnen beim Umgang mit diesen Veränderungen und/oder Belastungen? Wie werden Sie mit dem Auf und Ab der Krankheit fertig?

7. Was hat Ihnen in der Vergangenheit geholfen, wenn Sie Probleme hatten? Haben Sie diese Methoden auch diesmal probiert?
8. Sind Sie eher darauf aus, alle verfügbaren Informationen über ein problematisches Ereignis oder eine bedrohliche Situation zu bekommen, oder möchten Sie es lieber gar nicht so genau wissen?

Gibt das Assessment dazu Anlass, kann anhand einer Liste von Bewältigungsstrategien genauer nachgefragt werden, welche davon für die betroffene Person von Bedeutung sind:

9. Lenken Sie sich gezielt ab? Wenn ja, womit?
10. Kennen Sie irgendwelche Entspannungsübungen?
11. Haben Sie es jemals mit Meditation oder ähnlichem versucht?
12. Lassen Sie jemanden, der Ihnen nahe steht, an Ihren Empfindungen, Reaktionen und Ängsten teilhaben?
13. Können Sie in den meisten Situationen etwas Positives erkennen und sich auf diesen Aspekt konzentrieren?
14. Sind Sie bereit, Hilfe zu suchen und anzunehmen?
15. Versuchen Sie, Probleme aus Ihren Gedanken zu verdrängen?
16. Vertrauen Sie auf Ihre Problemlösungsfähigkeit?
17. Helfen Ihnen Tagträume oder Phantasien?

Wird aufgrund einer solchen Einschätzung eine Intervention für notwendig erachtet, so betont Muthny und Broda (1999), dass die Betroffenen in die Verantwortung ihres Krankheitsgeschehens integriert werden und, wie es Zielke und Sturm (1994) ausdrückt, zum „Experten ihrer Krankheit“ gemacht werden müssen. Dazu gehört in gleichen Teilen eine Informiertheit des Betroffenen, seine Aktivierung und eventuell auch die Motivierung für eine Therapie.

In der Verhaltenstherapie und auch Verhaltenmedizin steht deswegen die Vermittlung eines verständlichen Störungsmodells ebenso am Beginn der Therapie wie der Versuch, die Betroffenen von Anbeginn als aktive Partner in die Therapie einzubeziehen. Dies geschieht häufig durch therapeutische Aufgaben und Übungen, die eine systematische Beobachtung, eine Protokollierung o.ä. zum Gegenstand haben. Dadurch lässt sich dem Betroffenen langsam die Ueberzeugung vermitteln, dass er selbst Einfluss und damit auch Kontrolle über bestimmte Aspekte seines Gesundheitsproblems haben kann. Dafür ist es wichtig, das Gesundheitsproblem nicht als Ganzes, sondern in einzelnen Aspekten und Auswirkungen zu betrachten. Das Gesundheitsproblem als Ganzes ist meist unkontrollierbar und unberechenbar - das Leben



und Zurechtkommen mit einzelnen Auswirkungen jedoch häufig beeinflussbar und veränderbar (F. A. Muthny & Broda, 1999).

Psychotherapeutische Interventionen setzen dabei auf kognitiver, emotionaler und aktionaler Ebene an (F. A. Muthny & Broda, 1999):

Bezüglich der kognitiven Ebene geht es darum, realitätsgerechtes Informationssuche-Verhalten zu stärken und Fehlwahrnehmungen und ungünstige Attributionen zu verändern.

Auf der emotionalen Ebene ist die Erleichterung des emotionalen Ausdrucks (wie im klientenzentrierten Therapiekonzept) bzw. die emotionale Abreaktion/Katharsis (wie im psychoanalytischen Konzept) seit längerem ein wichtiges Therapieziel. Auf der Handlungsebene geht es darum, „Sackgassen“ der Verarbeitung wie Resignation und Verleugnung aufzudecken und das Bewältigungsrepertoire zu erweitern.

Das letztere kann mit Hilfe von Selbstregulierung und kognitiven Kontrollmechanismen wie Stress-Inokulation aufgebaut und/oder erweitert werden (J. F. Miller, 2003).

Die Selbstregulierungstheorie basiert auf dem Aufbau eines kognitiven Schemas, einer Art mentaler Landkarte, das hilft, einkommende Informationen zu steuern, gespeicherte Informationen abzurufen, die Aufmerksamkeit zu bündeln und das Verhalten zu lenken (Johnson, 1984). Vorabinformationen sowie frühere Erfahrungen beeinflussen die Struktur des Schemas, dass der Betroffene in Bezug auf bevorstehende gesundheitsbezogene Ereignisse, bedrohliche invasive Prozeduren oder den gesundheitlichen Verfall entwickelt. Man hilft dem Betroffenen, sich auf die objektiven Aspekte der Krankheitserfahrung zu konzentrieren und nicht auf die subjektiven Gefühle und negativen Bewertungen, die diese auslösen. Wenn möglich, werden auch Selbstpflegeaktivitäten angesprochen, die das Wohlbefinden des Betroffenen steigern können (Johnson & Lauver, 1989). Das Hauptziel der Selbstregulierungsstrategie besteht also darin, kognitive Schemata auszubilden, die es dem Betroffenen ermöglichen, mit bedrohlichen Ereignissen fertig zu werden. Jegliche Diskrepanz zwischen den Erwartungen des Betroffenen und dem, was er tatsächlich erleben wird, soll beseitigt werden. Die Schlüsselinformationen beziehen sich auf die Körperwahrnehmungen, die der Betroffene haben wird, die Gegebenheiten des Umfelds und den zeitlichen Ablauf. Nach Baker und Stern (1993) kommen die Selbstpflegekapazitäten eines Betroffenen bevorzugt dann zum Tragen, wenn dieser seine Krankheit akzeptiert und die Implikationen der Krankheit in ein optimisti-

sches Gesamtbild einfügt, um seine Gedanken unter Kontrolle zu bringen und negativen Zukunftserwartungen die Wirkung zu nehmen.

Das Stress-Inokulationstraining (SIT) ist eine Methode, mit der Personen Ereignissen gegenüber desensibilisiert werden sollen, die sie als bedrohlich wahrnehmen. Sie kombiniert Patientenschulung, Beratungsgespräche, kognitive Umstrukturierungen, Problemlösung, Entspannungstechniken, Verhaltenseinübung, Selbstbeobachtung, Selbstinstruktion und Selbstverstärkung (Meichenbaum, 1985). Die Teilnehmer entwickeln eine Art erlernten Einfallsreichtum und damit gleichsam Immunität gegenüber untauglichem Bewältigungsverhalten. Die konkreten Absichten des SIT sind:

- Dem Betroffenen die Erkenntnis zu vermitteln, dass Stress und Bewältigung einander bedingen
- Die Fähigkeit des Betroffenen weiterzuentwickeln, schädliche Gedanken und Verhaltensweisen zu erkennen
- Die Problemlösungsfähigkeiten des Betroffenen auszubauen
- Die Fähigkeit des Betroffenen zu verbessern, seine Gefühle zu regulieren und sein Bewältigungshandeln zu kontrollieren, und
- Den Betroffenen zu lehren, ungeeignete Reaktionen als Hinweis darauf zu erkennen, dass er andere Bewältigungsstrategien benutzen muss.

Das SIT soll somit dem Betroffenen zu Sachkunde verhelfen und ihn in die Lage versetzen, durch Selbsterkenntnis und gezielte Massnahmen mit den Belastungen seiner Krankheit fertig zu werden.

Dass Krankheitsverarbeitungsstrategien durch solche Interventionsmassnahmen gezielt verändert werden können, zeigen die Ergebnisse einiger Therapiestudien. Gagnus (2003) und Zielke und Wagner (1995) konnten Effekte einer stationären Rehabilitationsmassnahme auf verschiedene Verarbeitungsstrategien nachweisen. Sie berichten über eine Abnahme von depressiven Verarbeitungsformen, eine Verringerung von Vermeidung, Dissimulation und sozialem Rückzug sowie eine Lockerung der Gefühlskontrolle. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass diese Veränderungen in der Krankheitsverarbeitung in einem deutlichen Zusammenhang mit verschiedenen Wirksamkeitskriterien und insofern mit dem Genesungsprozess im Verlauf der stationären Verhaltenstherapie stehen. Die negative Verarbeitungsstrategie Resignation zeigte die stärksten korrelativen Zusammenhänge mit allen Effektkriterien. Eine Abnahme von Resignation ging einher mit einer Verringerung der Angstsymptomatik,

der Depressivität, der psychosomatischen Beschwerden und mit einer Steigerung der Lebenszufriedenheit. Die Veränderung dieser Negativspirale schien eine entscheidende Rolle für die Genesung zu spielen.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt Broda (1990), der in seiner Studie Effekte einer stationären Verhaltenstherapie in Form einer Abnahme von Wunschdenken, Selbstkontrolle und auf Abstand halten und einer Zunahme aktiver behavioraler und kognitiver Gestaltungsmöglichkeiten der Situation nachweist, wobei der Faktor „kognitives Umbewerten“ die stärkste positive Veränderung erfährt.

## **5.5    *Einschränkungen der Studie und weiterführende Fragen***

Die vorliegende Untersuchung ist als Querschnittstudie konzipiert. Es wurden an einer Stichprobe von Menschen mit Behinderungen Daten zur Belastung, Bewältigungsverhalten und Wirksamkeitskriterien gleichzeitig erhoben und deren korrelative Beziehungen untersucht. Einschränkend bei diesem Vorgehen ist, dass im Gegensatz zu Längsschnittstudien mit verschiedenen Messzeitpunkten die jeweilige Wirkungsrichtung hier nicht geklärt werden kann. So kann positives oder negatives Befinden ebenso gut antezedente Bedingung wie Konsequenz der realisierten Bewältigungsform sein.

Weber (1994) betont aber, dass auch bei Längsschnittstudien kausale Aussagen vorsichtig beurteilt werden müssen, denn die wiederholte Erfassung von Bewältigung und beispielsweise Symptom-Status bedeutet nicht zwangsläufig, dass die bewertete Bewältigung überhaupt etwas mit den Symptomen zu tun hat. Es könnten auch andere Faktoren für die Veränderungen der Symptome verantwortlich sein, die aber nicht erfasst werden.

Weber (1994) plädiert deshalb dafür, sich nicht so sehr auf den Nachweis kausaler Wirkungszusammenhänge zu versteifen. Wie es auch das transaktionale Bewältigungsmodell (Lazarus & Folkman, 1984) beschreibt, entsprechen reziproke Zusammenhänge eher der Realität im Bewältigungsprozess. Ergebnisse über Wechselwirkungen zwischen Bewältigung und Befinden sind daher nicht weniger bedeutsam für Prävention und Intervention. „Wenn beispielsweise ineffektive Bewältigung und schlechtes Befinden einen Teufelskreis etablieren, so macht es letztlich keinen Unterschied für die praktische Konsequenz, dass der Zirkel an irgendeiner Stelle durchbrochen werden muss“ (Weber 1994, S. 59).

Bezüglich statistisches Analysen stellt sich die Frage, ob die Verwendung Pfadanalytischer Verfahren (Bentler, 1980) oder Linearer Strukturgleichungsmodelle (Arbuckle, 1997; Jöreskog & Sörbom, 1993) die Aussagekraft der Resultate hätte entschieden erhöhen können. Diese Verfahren hätten zwar die Faktorenstruktur der erfassten Variablen berücksichtigt, aber zum Nachteil gehabt, dass keine Aussagen mehr auf Variablenebene möglich gewesen wäre. So wären einzelne ungünstige Bewältigungsstrategien wie Resignation, Selbstbeschuldigung und Drogengebrauch unter depressiven Verarbeitungsformen zusammengefasst worden, womit spezifische Negativspiralen weniger gut aufgezeigt und Interventionsmassnahmen weniger gut hätten abgeleitet werden können.

Zu erwähnen ist zudem, dass die vorliegende Studie von den im Kapitel 2.1 aufgezeigten Gemeinsamkeiten ausging, die das Leiden an einer Beeinträchtigung charakterisieren. Eine Beeinträchtigung ist aber kein uniformes Phänomen. Die Belastungen, die mit ihr zusammenhängen, können nicht nur von der Art und Dauer der Beeinträchtigung her unterschiedlich sein, sondern auch der individuelle Beeinträchtigungsverlauf kann grossen Schwankungen unterworfen sein. Diese Aspekte konnten in der vorliegenden Studie nicht berücksichtigt werden.

Für zukünftige Untersuchungen wäre es somit interessant, nach Art der Beeinträchtigungen der Menschen mit Behinderungen getrennt, Mediatormodelle zu untersuchen und diese miteinander zu vergleichen. Zudem drängen sich Differenzierungen nach Geschlecht und Alter auf. Nach Broda (1990) bewältigen Männer in der Regel durchsetzungs- und handlungsorientiert, während Frauen emotionsorientiert und palliativ vorgehen. Bezüglich des Einflusses des Alters auf die Bewältigung werden unterschiedliche Thesen vertreten: Vaillant (1977) postuliert das Wachstum des Individuums mit zunehmendem Alter und somit auch eine Verbesserung der Bewältigungsergebnisse. Mc Crae (1982) hingegen kommt mit der Regressionshypothese zu gegenteiligen Ueberzeugungen. Danach führt die Summation der zu bewältigenden Probleme, die in ihrer Zahl im Alter im Ansteigen begriffen sind, zu Ueberforderungen und schlechter Bewältigung.

Abschliessend ist festzuhalten, dass die vorliegende Studie sich vor allem mit dem Bewältigungsverhalten von Menschen mit Behinderungen befasst hat und Negativspiralen und mögliche Interventionsmassnahmen aufzeigen konnte. Wichtig ist aber, dass die Einflussnahme auf das Bewältigungsverhalten von Menschen mit Behinderungen nur ein Ansatzpunkt von mehreren ist, um die Lebensqualität dieser Personen zu verbessern. Ein ebenso wichtiger interven-

tiver Ansatzpunkt zur Belastungsreduktion ist die Gestaltung externer Lebensverhältnisse und Anforderungen.

## 6. Zusammenfassung

Ausgangspunkt dieser Arbeit war der Umstand, dass die *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vom Jahre 2001 zwar betont, dass eine Behinderung gekennzeichnet ist als das Ergebnis oder die Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Gesundheitsproblem eines Individuums und seinen person- und umweltbezogenen Faktoren, die Frage nach den konkreten Belastungen und Bewältigungen von Menschen mit Behinderungen aber nicht beantwortet wird.

Hier setzt die vorliegende Studie an. Sie orientiert sich am transaktionalen Stressmodell von Lazarus (R. S. Lazarus & Folkman, 1984) und am integrativen Ansatz von Bewältigung von Holahan et al. (1996), welche Bewältigung als einen zentralen Vermittler zwischen einer belastenden Person-Umwelt-Beziehung und den unmittelbaren und langfristigen Auswirkungen derselben sehen.

Das Ziel der Studie war es daher, jenen Determinanten auf die Spur zu kommen, die das Stressgeschehen bei Menschen mit Behinderungen beeinflussen und folgende Fragestellung zu bearbeiten: Wird die Beziehung zwischen dem Umwelt- und Person-System der Menschen mit Behinderungen und den Kriterien des Bewältigungserfolgs wie psychische Gesundheit, Lebenszufriedenheit und Aufrechterhaltung eines positiven Selbstwertgefühls durch Coping vermittelt, d.h. üben die Copingreaktionen eine Mediatorwirkung aus?

Ausgehend von den Daten einer Querschnittuntersuchung an 2008 Bezüger/Bezügerinnen von Leistungen der Schweizerischen Invalidenversicherung, wovon 62% eine IV-Rente und 38% individuelle Massnahmen (z.B. Hilfsmittel, berufliche Massnahmen) bezogen, wurden drei Mediationsmodelle mit den Effektivitätskriterien der Bewältigung Lebenszufriedenheit, psychischer Gesundheit und positivem Selbstwert geprüft.

Das Umwelt- und Person-System von Menschen mit Behinderungen haben sich in der vorliegenden Studie als wichtige Prädiktoren für die Lebenszufriedenheit, die psychische Gesundheit und den Selbstwert erwiesen. Die Zusammenhänge zwischen diesen Variablen wurden aber zu einem grossen Anteil durch die Bewältigungsstrategien mediiert.

Im Folgenden werden die Ergebnisse unter Berücksichtigung der Vorzeichen der Korrelationen zusammengefasst:

- In allen drei Modellen wurde ein signifikanter indirekter Pfad vom *schlechtem Gesundheitszustand*, von *Stigmatisierung* und von *Neurotizismus* auf die abhängigen Variablen tiefe Lebenszufriedenheit, schlechter psychischer Gesundheitszustand und niedrigem Selbstwert gefunden. Wobei die Bewältigungsstrategien **Resignation**, Drogengebrauch und Selbstbeschuldigung als wichtige Mediatoren wirkten.
- Indirekte Effekte von *niedriger Selbstwirksamkeit* fanden sich in der vorliegenden Studie hingegen nur auf die tiefe Lebenszufriedenheit und die schlechte psychische Gesundheit. Wobei wiederum **Resignation** und Drogengebrauch als wichtige Mediatoren wirkten.
- *Abhängigkeit von Hilfeleistungen* wirkte sowohl auf die schlechte psychische Gesundheit als auch auf einen niedrigen Selbstwert, mediiert durch **Resignation** und Drogengebrauch.
- Es fand sich nur ein indirekter Effekt von *Introversion* auf die tiefe Lebenszufriedenheit. Wobei **Resignation** und Drogengebrauch als wichtige Mediatoren wirkten.
- *Tiefe Arbeitsintegration* und *niedrige Selbstbestimmung* wirkten nur auf die schlechte psychische Gesundheit, mediiert durch **Resignation** und Drogengebrauch.

Ersichtlich wurde zudem, welche bedeutende Rolle in allen drei Modellen der Bewältigungsstrategie Resignation zukommt. Sie figuriert überall als wichtigster Mediator.

Theorien, die diesen aufgezeigten Teufelskreis von Belastungen, Resignation, tiefer Lebenszufriedenheit, schlechter psychischer Gesundheit und Verlust an Selbstwert erklären können, finden sich v.a. in der Verhaltenspsychologie und Verhaltensmedizin. Zu nennen ist die „erlernte Hilflosigkeit“, der „externe Locus of Control“, die „Machtlosigkeit“, das „chronische Krankheitsverhalten“ und die „resignative Lebensbilanz“. All diesen Konstrukten ist dabei gemeinsam, dass die Betroffenen glauben, keinen Einfluss auf den Verlauf der Dinge zu haben.

Die Ergebnisse bedeuten für Angehörige, Betreuer/innen, Berater/innen, Therapeuten/Therapeutinnen und Ärzte/Aerztinnen von Betroffenen, dass das Entwickeln von Fertigkeiten im Umgang mit einer Beeinträchtigung nicht als selbstverständlicher Vorgang gesehen werden kann, der dem Betroffenen überlassen wird. Wichtig wäre es daher, die Betroffenen in ihren Bewältigungsbemühungen zu unterstützen, ungünstige Bewältigungsstrategien und Negativspiralen frühzeitig zu erkennen und wenn nötig zu intervenieren.

Ergebnisse einiger Therapiestudien zeigen diesbezüglich, dass Verarbeitungsstrategien durch

Verhaltenstherapie gezielt verändert werden können.

Es wird berichtet über eine Abnahme von depressiven Verarbeitungsformen wie Resignation, eine Verringerung von Vermeidung, Dissimulation und sozialem Rückzug sowie eine Lockerung der Gefühlskontrolle. Die Abnahme von Resignation wiederum geht einher mit einer Verringerung der Angstsymptomatik, der Depressivität, der psychosomatischen Beschwerden und mit einer Steigerung der Lebenszufriedenheit. Die Veränderung dieser Negativspirale scheint somit eine entscheidende Rolle für den Umgang mit einer Beeinträchtigung zu spielen.

## 7. Inhaltsverzeichnis

- Abramson, L., Seligman, M., & Teasdale, J. (1987). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Amirkhan, J. H., Risinger, R. T., & Swicker, R. J. (1995). Extraversion: a "hidden" personality factor in coping? *Journal of Personality*, 13, 189-212.
- Antonovsky, A. (1990). Personality and health: Testing the sense of coherence model. In H. S. Friedman (Ed.), *Personality and disease* (pp. 155-177). New York: Wiley.
- Appel, E., & Hahn, A. (1997). Krankheitsbewältigung bei Krebspatienten. Zur Bedeutung sozialer und personaler Ressourcen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 5, 109-129.
- Arbuckle, J. L. (1997). *AMOS user's guide*. Chicago: Small Waters Corporation.
- Atteslander, P. (1991). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Aymanns, P. (1992). *Krebserkrankung und Familie. Zur Rolle familialer Unterstützung im Prozess der Krankheitsbewältigung*. Bern: Huber.
- Baker, C., & Stern, P. (1993). Finding meaning in chronic illness as the key to self-care. *Canadian Journal of Nursing Research*, 25, 23-36.
- Bandura, A. (1977). Self efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Beisteiner, K. (1998). *Die berufliche Integration geistig behinderter Menschen*. Frankfurt a.M., Bern: Lang.
- Bengtsson, S. (1999). Die sozialen Folgen einer Behinderung in den 90er Jahren - Eine Untersuchung in Dänemark. In M. Kreuzer (Ed.), *Behindertenhilfe und Sonderpädagogik. Erfahrungen und Praxisbeispiele aus Dänemark* (pp. 71-102). Neuwied: Luchterhand.
- Bentler, P. M. (1980). Multivariate analysis with variables: Causal modeling. *Annual Review of Psychology*, 31, 419-456.
- Berkman, L. F. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57, 245-254.
- Bernard, J., & Horvaka, H. (1992). *Behinderung: Ein gesellschaftliches Problem. Befunde, Strukturen, Probleme*. Wien: Passagen.
- Beutel, M., & Henrich, G. (1997). Methoden der Bewältigungsforschung. In B. Strauss & J. Bengel (Eds.), *Jahrbuch der medizinischen Psychologie* (Vol. 14). Göttingen: Hogrefe.
- Billings, A., & Moos, R. (1985). Life stressors and social resources affect posttreatment outcomes among depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 140-153.
- Block, J. (1995). Five Factor Model: A contrarian view. *Psychological Bulletin*, 117, 187-215.



- Boeker, F., Seibold, I., & Neunddoerfer, B. (1990). Behinderung im Alltag und subjektives Befinden bei Patienten mit fortgeschrittener myotrophischer Lateralsklerose. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 58 (6), 224-236.
- Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 525-537.
- Broda, M. (1990). Veränderung der Belastungsbewältigung von psychosomatisch kranken Patienten innerhalb einer stationären verhaltensmedizinischen Therapie. In M. Zielke & N. Mark (Eds.), *Fortschritte der angewandten Verhaltensmedizin: Konzeption, Grundlagen, Therapie, Evaluation* (pp. 189-197). Berlin: Springer.
- Bullinger, M., & Naber, D. (1991). Lebensqualität im Verlauf von Operationen am offenen Herzen. In M. Bullinger, M. Ludwig & N. Von Steinbüchel (Eds.), *Lebensqualität bei kardiovaskulären Erkrankungen* (pp. 164-188). Göttingen: Hogrefe.
- Bundesamt für Sozialversicherung. (2001). *Uebersicht Platzzahlen Bedarfsplanung 2001-2003 in den Wohnheimen und Tagesstätten für Behinderte*, from <http://www.bsv.admin.ch/iv/statistik/d/index.htm>
- Bundesamt für Sozialversicherung. (2003a). *IV-Statistik 2003*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.
- Bundesamt für Sozialversicherung. (2003b). *Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2002*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.
- Bundesamt für Statistik. (2000). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz*. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik. (2002). *Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2002*. Zürich: Neue Zürcher Zeitung.
- Bundesamt für Statistik. (2003a). *Bildungsindikatoren: Bildungsstand der Bevölkerung*, from [http://www.bfs.admin.ch/stat\\_ch/ber15/dtfr15.htm](http://www.bfs.admin.ch/stat_ch/ber15/dtfr15.htm)
- Bundesamt für Statistik. (2003b). *SAKE 2002 in Kürze. Wichtigste Ergebnisse der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik, Sektion Erwerbsleben und Arbeitsmarkt.
- Bundesamt für Statistik. (2003c). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Erste Ergebnisse*. Neuenburg: Sektion Gesundheit des Bundesamtes für Statistik.
- Burker, E. J., Blumenthal, J. A., Feldman, M., Burnett, R., White, W., Smith, R. L., et al. (1995). Depression in male and female patients undergoing cardiac surgery. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 119-128.
- Byrne, D. (1961). The repression-sensitization scale: Rational, reliability and validity. *Journal of Personal and Social Psychology*, 29, 334-349.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., et al. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.

- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Case, R. B., Moss, A. J., & Case, N. (1992). Living alone after myocardial infarction. *Journal of the American Medical Association*, 267, 515-519.
- Cohen, F. L., R.S. (1973). Active Coping processes, coping disposition, and recovery from surgery. *Psychosomatic Medicine*, 35, 375-389.
- Contrada, R. J., Leventhal, E. A., & Anderson, J. R. (1994). Psychological preparation for surgery; Marshalling individual and social resources to optimize self-regulation. In H. Maes, H. Leventhal & M. Johnston (Eds.), *International review of health psychology* (Vol. 3, pp. 219-265). Chichester: Wiley.
- Coyne, J. C., Ellard, J. H., & Smith, D. A. (1990). Social support, interdependence, and the dilemmas of helping. In B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 129-149). New York: Wiley.
- Devins, G. M., Binik, Y. M., Gorman, P., Dattel, M., Mc Closkey, B., Oscar, G., et al. (1982). Perceives self-efficacy, outcome expectancies, and negative mood states in endstage renal disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 241-244.
- Diekmann, A. (1995). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Hamburg: Rowohlt.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological bulletin*, 95, 542-575.
- Diewald, M. (1989). Private Netzwerke. In *Statistisches Bundesamt Datenreport*. Bonn.
- Dunkel-Schweter, C., Feinstein, L., Taylor, S. E., & Falke, R. (1992). Patterns of coping with cancer and their correlates. *Health Psychology*, 11, 79-87.
- During, M. (2001). *Lebenslagen von betreuten Menschen*. Opladen: Leske+Budrich.
- Ebert, H. (2000). *Menschen mit geistiger Behinderung in der Freizeit*. Bad Heilbrunn.
- Eiermann, N., Häussler, M., & Helfferich, C. (2000). *Live. Leben und Interessen vertreten - Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ell, K. O., Mantell, J., Hamovitch, M. B., & Nishimoto, R. H. (1989). Social support, sense of control, and coping among patients with breast, lung, or colorectal cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 11, 509-528.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Epstein, S., & Meier, P. (1989). Constructive thinking: A broad coping variable with specific components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 332-350.
- Eurostat. (2001). *Disability and social participation in Europe*. Luxembourg.
- Feifel, H., & Strack, S. (1989). Coping with conflicts situations: Middle aged and elderly men. *Psychology and Aging*, 4, 26-33.
- Ferring, D., Filipp, S. H., & Schmidt, K. (1996). Die "Skala zur Lebensbewertung": Empirische Skalenkonstruktion und erste Befunde zur Reliabilität, Stabilität und Validität. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 3, 141-153.

- Fillip, S.-H., & Klauer, T. (1988). Ein dreidimensionales Modell zur Klassifikation von Formen der Krankheitsbewältigung. In H. Kächele & W. Steffens (Eds.), *Bewältigung und Abwehr* (pp. 51-68). Berlin: Springer.
- Fisseni, H.-J. (1990). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe.
- Folkman, S. (1992). Making the case for coping. In B. N. Carpenter (Ed.), *Personale coping: Theory, research, and application* (pp. 31-46). New York: Praeger.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the ways of coping questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., De Longis, A., & Gruen, R. (1986). The dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Follick, M. J., Gorkin, L., Smith, T. W., Capone, R. J., Visco, J., & Stablein, D. (1988). Quality of life after post-myocardial infarction: Effects of a transtelephonic coronary intervention system. *Health Psychology*, 7, 169-182.
- Fontana, A. F., Kerns, R. D., Rosenberg, R. L., & Colonese, K. L. (1989). Support, stress, and recovery from coronary heart disease: A longitudinal model. *Health Psychology*, 8, 175-193.
- Forrester, A. W., Lipsey, J. R., Teitelbaum, M. L., DePaulo, J. R., & Andrejewsky, P. L. (1992). Depression following myocardial infarction. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 22, 33-46.
- Förster, M. (2003). *Subjektive Krankheitstheorien von Tumormpatienten*. Berlin: Dissertations-schrift.
- Fujiura, G., & Rutkowski, V. (2001). Counting disability. In G. Albrecht, K. Seelman & M. Bury (Eds.), *Handbook of disabilities studies* (pp. 69-96). Springfield: Thomas.
- Gagnus, U. (2003). *Veränderung der Krankheitsbewältigung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen im Verlauf stationärer Verhaltenstherapie*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Gredig, D., Deringer, S., Hirtz, M., Page, R., & Zwicky, H. (2005). *Menschen mit Behinderungen in der Schweiz: Die Lebenslage der Bezügerinnen und Bezüger von Leistungen der Invalidenversicherung*. Zürich: Rüegger Verlag.
- Grob, A. (1995). Subjective well-being and significant life-events across the life span. *Swiss Journal of Psychology*, 54, 3-18.
- Haan, N. (1977). *Coping and defending*. New York: Academic Press.
- Hahn, M. (1981). *Behinderung als soziale Abhängigkeit*. München.
- Hamel, T., & Windisch, M. (1992). *Soziale Netzwerke von nichtbehinderten und behinderten Erwachsenen: Vergleichende Analyse eines Indikators sozialer Integration*. Unpublished manuscript, Kassel.
- Harris, A. M. (1971). *Handicapped and impaired in Great Britain*. London.
- Harris, L. (1994). *NOD survey of Americans with disabilities*. Los Altos: National Organisation on Disability.

- Hasenbring, M. (1988). Krankheitsverarbeitung bei Krebs. In H. Kächele & W. Steffens (Eds.), *Bewältigung und Abwehr. Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten* (pp. 107-131). Berlin: Springer.
- Häussler, M., Wacker, E., & Wetzler, R. (1996). *Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in privaten Haushalten*. Baden-Baden: Nomos.
- Heim, E. (1988). Coping und Adaptivität: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping? *Psychotherapie und medizinische Psychologie*, 38, 8-18.
- Heim, E. (1998). Coping - Erkenntnisstand der 90er Jahre. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 48, 321-337.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.
- Hobfoll, S. E., & Walfisch, S. (1984). Coping with a threat to life: A longitudinal study of self-concept, social support, and psychological distress. *American Journal of Community Psychology*, 12, 87-100.
- Holahan, C. J., Holahan, C. K., Moos, R. H., & Brennan, P. L. (1995). Social support, coping, and depressive symptoms in a late-middle-aged sample of patients reporting cardiac illness. *Health Psychology*, 14, 152-163.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 946-955.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1996). Coping, stress resistance, and growth: Conceptualizing adaptive functioning. In M. Zeidner & N. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research and applications* (pp. 24-43). New York: Wiley.
- Holzschuher, H. (1984). *"Mir fällt die Decke auf den Kopf". Ueber Erfahrungen von Einsamkeit im Alter*. Berlin.
- Hradil, S. (1987). *Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft*. Opladen: Leske+Budrich.
- Hradil, S. (1999). *Soziale Ungleichheit in Deutschland*. Stuttgart: Leske+Budrich.
- Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1989). Anxiety and self-concepts as antecedents of stress and coping: A longitudinal study with German and Turkish adolescents. *Personality and Individual Differences*, 10, 785-792.
- Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1999). Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung. In R. Schwarzer & M. Jerusalem (Eds.), *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs "Selbstwirksame Schulen"* (pp. 13-14). Berlin: Freie Universität Berlin.
- Johnson, J. (1984). Psychological interventions and coping with surgery. In A. Baum, S. E. Taylor & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (pp. 167-177). Hillsdale: Erlbaum Associates.
- Johnson, J., & Lauver, D. (1989). Alternative explanations of coping with stressful experiences associates with physical illness. *Advances in Nursing Sciences*, 11, 39-52.
- Jöreskog, K. F., & Sörbom, D. (1993). *LISREL 8 and PRELIS Documentation*. Chicago: Scientific Software International.

- Kaluza, G., & Vögele, C. (1999). Stress und Stressbewältigung. In H. Flor, N. Birbaumer & K. Hahlweg (Eds.), *Grundlagen der Verhaltensmedizin. Enzyklopädie der Psychologie* (pp. 331-388). Göttingen: Hogrefe.
- Klauer, T., & Filipp, S. H. (1993). *Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung*. Göttingen: Hogrefe.
- Klicpera, C., Gasteiger-Klicpera, B., & Innerhofer, P. (1995). *Lebenswelten von Menschen mit geistiger Behinderung. Eine empirische Bestandesaufnahme in Südtirol*. Heidelberg: Asanger.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Krause, P., Wittchen, H. U., Höfler, M., Winter, S., Spiegel, B., & Pfister, H. (2001). Generalisierte Angst und Depression in der Allgemeinarztpraxis. *Fortschritte der Medizin*, 5-12.
- Kulik, J. A., & Mahler, H. I. M. (1989). Social support and recovery from surgery. *Health Psychology*, 8, 221-238.
- Kulik, J. A., & Mahler, H. I. M. (1993). Emotional support as a moderator of adjustment and compliance after coronary bypass surgery: A longitudinal study. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 45-63.
- Langeluddecke, P., Fulcher, G., Baird, D., Hughes, C., & Tennant, C. (1989). A prospective evaluation of the psychosocial effects of coronary artery bypass surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 37-45.
- Laux, L., & Weber, H. (1990). Bewältigung von Emotionen. In K. R. Scherer (Ed.), *Psychologie der Emotion. Enzyklopädie der Psychologie* (pp. 560-629). Göttingen: Hogrefe.
- Laux, L., & Weber, H. (1993). *Emotionsbewältigung und Selbstdarstellung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Launier, R. (1978). Stress related transaction between person and environment. In L. A. Pervin & M. Lewis (Eds.), *Perspectives in interactional psychology* (pp. 287-327). New York: Penum.
- Leppin, A., & Schwarzer, R. (1997). Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In R. Schwarzer (Ed.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (pp. 349-373). Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Lewis, R. (1982). Experienced personal control and quality of life in late-stage cancer patients. *Nursing research*, 31, 113-119.
- Mc Crae, R. R. (1982). Age differences in the use of coping mechanism. *J Gerontol*, 37, 454-460.
- Mc Crae, R. R., & Costa, P. T. (1990). *Personality in adulthood*. New York: Guilford.
- McNeil, J. (1997, 16.3. 2001). *Americans with disabilities 1997*. Retrieved 1. 3, 2001, from [www.census.gov/hhes/www/disable/sipp/disab97/asc97.html](http://www.census.gov/hhes/www/disable/sipp/disab97/asc97.html)
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon Press.
- Miller, J. F. (2003). Die Bewältigung der Krankheit. In J. F. Miller (Ed.), *Coping fördern-Machtlosigkeit überwinden. Hilfen zur Bewältigung chronischen Krankseins* (pp. 35-62). Bern: Hans Huber.

- Miller, S. M. (1987). Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 345-353.
- Moos, R. (1988). Coping: Konzepte und Messverfahren. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 34, 207-225.
- Moos, R. H., Finney, J. W., & Cronkite, R. C. (1990). *Alcoholism treatment: Context, process and outcome*. New York: Oxford University Press.
- Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 234-257). New York: Free Press.
- Muthny, F., Koch, A., & Stump, S. (1993). Praxis und Bedeutung der Lebensqualitätsforschung für die Onkologie. In F. A. Muthny & G. Haag (Eds.), *Onkologie im psychosozialen Kontext* (pp. 163-185). Heidelberg: Roland Asanger Verlag.
- Muthny, F. A. (1990). *Krankheitsverarbeitung: Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse*. Heidelberg: Springer.
- Muthny, F. A., & Broda, M. (1999). Krankheitsverhalten. In H. Flor, N. Birbaumer & K. Hahlweg (Eds.), *Grundlagen der Verhaltensmedizin. Enzyklopädie der Psychologie* (pp. 209-248). Göttingen: Hogrefe.
- Orth-Gomer, K., Unden, A. L., & Edwards, M. E. (1988). Social isolation and mortality in ischemic heart disease. *Acta Medica Scandinavica*, 24, 205-215.
- Ostendorf, F. (1990). *Sprache und Persönlichkeitsstruktur. Zur Validität des Fünf-Faktoren-Modells der Persönlichkeit*. Regensburg: Roderer.
- Parker, J. D. A., & Endler, N. S. (1996). Coping and defense: A historical overview. In M. Zeidner & N. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications*. New York: Wiley.
- Reschke, K. (2001). Resignative Lebensbilanz als Anpassungsstörung. In A. K. P. i. d. R. d. BDP (Ed.), *Anpassungsstörungen - Veränderungspotentiale*. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Rim, Y. (1987). A comparative study of two taxonomies of coping styles, personality and sex. *Personality and Individual Differences*, 4, 521-526.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- Ruberman, W., Weinblatt, E., Goldberg, J. D., & Chaudhary, B. S. (1984). Psychological influences on mortality after myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 311, 552-559.
- Satow, L. (2000). *Klassenklima und Selbstwirksamkeitsentwicklung*. Unveröffentlichte Dissertation, Freie Universität Berlin.
- Schallberger, U., & Venetz, M. (1999). Kurzversionen des MRS-Inventars von Ostendorf (1990) zur Erfassung der fünf grossen Persönlichkeitsfaktoren. *Berichte aus der Abteilung Angewandte Psychologie* (Psychologisches Institut der Universität Zürich).
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (201-228).

- Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J. F., Magovern, G. J., Lefebvre, R. C., Abbott, R. A., et al. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects of physical and psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024-1040.
- Scheier, M. F., Weintraub, J. K., & Carver, C. S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257-1264.
- Schelten, A. (1980). *Grundlagen der Testbeurteilung und Testerstellung*. Heidelberg: Quelle & Meier.
- Schildmann, U. (1984). Female living conditions and disability. *Int. J. Rehab. Research*, 7(3), 324-326.
- Schnell, R., Hill, P. B., & Esser, E. (1999). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. München, Wien: R. Oldenbourg Verlag.
- Schriner, K. (2001). A disability study. Perspectives on employment issues and policies for disabled people. An international view. In G. Albrecht, K. Seelman & M. Bury (Eds.), *Handbook of disability studies* (pp. 642-662). Springfield: Thomas.
- Schröder, K. E. E., & Schwarzer, R. (1995). *Personality factors in recovery from surgery and coping with severe illness*: Paper presented at the 16th International STAR Conference in Prag.
- Schröder, K. E. E., Schwarzer, R., & Konertz, W. (1996). Coping as a mediator in recovery from heart surgery: A longitudinal study. *Psychology and Health*, 13, 83-97.
- Schuhmacher, J., & Reschke, K. (1994). Theoretische Konzepte und empirische Methoden der Bewältigungsforschung. In V. d. Rentenversicherungsträger (Ed.), *Die Norm des Gesundseins - Lebensqualität und Krankseins* (pp. 41-73). Frankfurt a.M.
- Schwarzer, R. (1993). *Stress, Angst und Handlungsregulation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwarzer, R. (1994). Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health-related cognitions: A systematic overview. *Psychology and Health*, 9, 161-180.
- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 99-127.
- Schweizer Haushaltspanel. (2002). Schweizer Haushaltspanel (SHP) 2002: Universität Neuenburg.
- Seeman, T., & Syme, S. L. (1987). Social networks and coronary artery disease: A comparison of the structure and function of social relations as predictors of disease. *Psychosomatic Medicine*, 49, 63-74.
- Seifert, M. (1997). *Wohnalltag von Erwachsenen mit schwerer geistiger Behinderung. Eine Studie zur Lebensqualität*. Reutlingen: Diakonie.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: WH Freeman.
- Slimmer, L., Lopez, M., LeSage, J., & Ellor, J. (1987). Perceptions of learned helplessness. *Journal of Gerontological Nursing*, 13, 33-37.
- Smith, C. A., & Wallston, K. A. (1992). Adaptation in patients with chronic rheumatoid. *Health Psychology*, 11, 151-162.

- Smith, T. W., Pope, M. K., Rhodewalt, F., & Poulton, J. (1989). Optimism, neuroticism, coping, and symptom reports: An alternative interpretation of the life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 640-648.
- Stamm, H., Lamprecht, M., & Nef, R. (2002). *Soziale Ungleichheit in der Schweiz. Strukturen und Wahrnehmung*. Zürich: Seismo.
- Stone, A. A., Greenberg, M. A., Kennedy-Moore, E., & Newman, M. G. (1991). Self-report situation-specific coping questionnaires: What are they measuring? *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 648-658.
- Swindle, R. W., Cronkite, R. C., & Moos, R. H. (1989). Life stressors, social resources, coping, and the 4-year course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 468-477.
- Tabachnik, B. G., & Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics*. California State University, Northridge: Harper Collins College Publishers.
- Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to life*. Boston: Little, Brown.
- Van Lin, M., Prins, R., & Zwinkels, W. (2000). *The employment situation of disabled persons in the EU*, 2001, from [www.employment-disability.net](http://www.employment-disability.net)
- Vollrath, M. (1997). Stressbewältigung und Persönlichkeit. *Swiss Journal of Psychology*, 56 (1), 3-19.
- Vollrath, M., Banholzer, E., Caviezel, C., Fischli, C., & Jungo, D. (1994). Coping as a mediator or moderator of personality in mental health? In B. De Raad, W. K. B. Hofstee & G. L. M. Van Heck (Eds.), *Personality psychology in Europe* (pp. 262-273). Tilburg: Tilburg University Press.
- Vollrath, M., Torgersen, S., & Alnae, R. (1995). Personality as long-term predictor of coping. *Personality and Individual Differences*, 18, 117-125.
- Vollrath, M., Torgersen, S., & Alnaes, R. (1998). Neuroticism, coping and change in MCM-II clinical syndromes: Test of a mediator model. *Scandinavian Journal of Psychology*, 39, 15-24.
- Wacker, E., Wetzler, R., Metzler, H., & Hornung, C. (1998). *Leben im Heim: Angebotsstrukturen und Chancen selbständiger Lebensführung in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe*. Baden-Baden: Nomos.
- Wallston, K. A., & Wallston, K. A. (1989). Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. In G. Sandes & J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness*. Hillsdale: Enbaum Associates.
- Weber, H. (1992). Belastungsverarbeitung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 21, 17-27.
- Weber, H. (1994). Effektivität von Bewältigung: Kriterien, Methoden, Urteile. In E. Heim & M. Perrez (Eds.), *Krankheitsverarbeitung. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* (Vol. 10). Göttingen: Hogrefe.
- Weber, H., & Laux, L. (1993). Emotionsbewältigung: Formen und Intentionen. In L. Laux (Ed.), *Emotionsbewältigung und Selbstdarstellung* (pp. 11-36). Stuttgart: Kohlhammer.
- WHO. (1980). *International classification of impairments, disabilities and handicaps*. Geneva.
- WHO. (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Geneva.



- Williams, D. G. (1992). Dispositional optimism, neuroticism, and extraversion. *Personality and Individual Differences*, 13, 475-477.
- Windisch, M., & Kniel, A. (1993). *Lebensbedingungen behinderter Erwachsener: eine Studie zu Hilfebedarf, sozialer Unterstützung und Integration*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Woodworth, R. S. (1928). Dynamic psychology. In C. Murchison (Ed.), *Psychologies of 1925*. Worcester: Clark University Press.
- Ziegler, G. (1990). Psychische Folgen von Tumorerkrankungen. In R. S. Ziegler, R. S. Jäger & I. Schüle (Eds.), *Krankheitsverarbeitung bei Tumorerkrankungen* (pp. 1-24). Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Ziegler, R. (1973). Typologien und Klassifikationen. In G. Albrecht, J. Daheim & F. Sack (Eds.), *Soziologie. Sprache - Bezug zur Praxis - Verhältnis zu anderen Wissenschaften* (pp. S. 11-47). Opladen.
- Zielke, M., & Sturm, J. (1994). Chronisches Krankheitsverhalten. In M. Zielke & J. Sturm (Eds.), *Handbuch stationäre Verhaltenstherapie* (pp. 42-60). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Zielke, M., & Wagner, A. (1995). Veränderungen der Krankheitsbewältigung in der psychosomatischen Rehabilitation und deren prognostischen Bedeutung für die Langzeitveränderungen durch stationäre Verhaltenstherapie. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 8, 198-213.
- Znoj, H. J. (2001). Belastungsverarbeitung und emotionale Regulation bei querschnittgelähmten Menschen. In A. Maercker & U. Ehlert (Eds.), *Jahrbuch Medizinische Psychologie* (pp. 139-150).

## 8. Anhang

### 8.1 Studien zur Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen

Tab. 68: Übersicht empirischer Studien über Menschen mit Behinderungen

Land	Publikation/ Befragungszeitpunkt	N	Stichprobe/Definition von Behinderung	Methode
EU-Länder	(Van Lin et al., 2000)/ 1991–2000		Menschen mit Behinderungen in Privathaushalten (16-64 Jahre) jedes Land andere Definition von Behinderung	Metaanalyse von nationalen Erhebungen (Haushalts-/Gesundheits-/Arbeitskräfteerhebungen)
EU-Länder	(Eurostat, 2001)/ 1996	8'700	Menschen in Privathaushalten, die durch Gesundheitszustand bei täglichen Verrichtungen beeinträchtigt sind (16-64 Jahre) aus 60 000 Haushalten gefiltert	Fragebogen (paper-pencil)
USA	(L. Harris, 1995)/ 1994	1'000	Menschen in Privathaushalten mit Störungen von Körperstrukturen und Körperfunktionen, die tägliche Aktivitäten limitieren, sich selber als Menschen mit Behinderungen einschätzen (16 Jahre und älter)	Fragebogen (Telefoninterview) bei Kommunikationsproblemen wurden Angehörige befragt

<b>Land</b>	<b>Publikation/ Befragungszeitpunkt</b>	<b>N</b>	<b>Stichprobe/Definition von Behinderung</b>	<b>Methode</b>
USA	(McNeil, 1997)/ 1996	6'000 (32'000)	Menschen in Privat- haushalten mit Störungen von Körperstrukturen und Körperfunktionen, Aktivi- tätseinschränkungen, Inva- lidenrente (jedes Alter) aus 32 000 Haushalten gefiltert	Fragebogen (paper-pencil)
England	(A. M. Harris, 1971)/ 1968–1969	13'000	Menschen in Privat- haushalten mit Störungen von Körperstrukturen und Körperfunktionen, welche Aktivitäten stoppen oder limitieren (16 Jahre und älter)	Fragebogen (face to face) bei Kommunikationsprob- lemen wurden Angehörige befragt
Oesterreich	(Bernard & Horvaka, 1992)	82	Menschen mit Behinde- rungen, Angehörige, Men- schen ohne Behinderun- gen mit „Mediatorfunk- tion“	Delphitechnik
Italien	(Klicpera et al., 1995)	919	Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen, die bei Angehörigen, in Wohngemeinschaften, Anstalten, Pflege- und Altersheimen leben (jedes Alter)	Halbstrukturierte Inter- views mit Betroffenen und Angehörigen Fragebogen bei Betreuer (paper-pencil)
Dänemark	(Bengtsson, 1999)/ 1995	250	Menschen in Privathaus- halten mit grösseren oder kleineren Aktivitätsein- schränkungen, chronischer Krankheit (18–60 Jahre)	Fragebogen (face to face)

<b>Land</b>	<b>Publikation/ Befragungszeitpunkt</b>	<b>N</b>	<b>Stichprobe/Definition von Behinderung</b>	<b>Methode</b>
Deutschland	(Windisch & Kniel, 1993)/1986	354	Menschen in Privat- haushalten mit körperli- chen Beeinträchtigungen, Seh-, Hörbeeinträchtigung (18–60 Jahre)	Fragebogen (face to face)
Deutschland	(Häussler, Wacker et al. 1996)/1992	353	Menschen in Privat- haushalten mit andauern- der Krankheit, Schwerbe- hindertenausweis, medi- zinischen Hilfsmittel, Hilfebedarf, bettlägrig (unter 65 Jahre)	Halbstrukturierte Inter- views mit Betroffenen oder Hauptpflegeperson
Deutschland	(Seifert, 1997)/ 1991–1992	185	Menschen mit geistigen und psychischen Beein- trächtigungen, die in Hei- men leben (jedes Alter)	Halbstrukturierte Inter- views mit 22 Mitarbeitern
Deutschland	(Wacker et al., 1998)/ 1995	200	Menschen, die in Wohn- und Betreuungseinrich- tungen wohnen (jedes Alter)	Halbstrukturierte Inter- views mit Betroffenen und 40 Mitarbeitern
Deutschland	(Eiermann et al., 2000)/1997–1998	987	Frauen in Privathaushalten mit körperlichen Beein- trächtigungen und Sinnes- beeinträchtigungen (16–60 Jahre)	Fragebogen (paper-pencil) bei 60 Frauen und 40 Ver- tretern gesellschaftlicher Interessenverbände zusätz- lich halbstrukturierte Inter- views
Deutschland	(During, 2001)/ 1987–1997	14	Menschen mit Vormund	Sekundäranalyse früherer Untersuchungen; Narrative Interviews mit 14 Men- schen mit geistigen und psychischen Beeinträchti- gungen (29-90 Jahre)

<b>Land</b>	<b>Publikation/ Befragungszeitpunkt</b>	<b>N</b>	<b>Stichprobe/Definition von Behinderung</b>	<b>Methode</b>
Schweiz	(Gredig et al., 2005)/2003	2008	Bezüger/innen von Leistungen der Schweizerischen Invalidenversicherung	Interviews mit Betroffenen und Experten/Expertinnen Fragebogen (paper-pencil) Einbezug von Proxis

## **8.2 Interkorrelationen der Variablen des Umwelt- und Person-Systems und der Kriterienvariablen**

In den folgenden Tabellen 69 und 70 sind die Interkorrelationen der Variablen des Umwelt- und Person-Systems und der Kriterienvariablen dargestellt.

Tab. 69: Interkorrelationen der Prädiktorvariablen des Umwelt- und Person-Systems

	BIL	ARB	PEI	HEI	WOH	SOZ	FRE	MOB	HIL	STI	GES	SEL	WIR	EXT	VER	GEW	EMO	KUL
BIL	1																	
ARB	.18**	1																
PEI	.42**	.31**	1															
HEI	.31**	.25**	.50**	1														
WOH	.18**	.01	.12**	-.02	1													
SOZ	.23**	.24**	.13**	.26**	.03	1												
FRE	.30**	.32**	.17**	.23**	.05	.42**	1											
MOB	.24**	.21**	.19**	.12**	.07	.11**	.19**	1										
HIL	.16**	.34**	.23**	.19**	.06*	.09**	.29**	.33**	1									
STI	.04	.19**	.13**	.20**	-.00	.20**	.22**	.17**	.29**	1								
GES	.11**	.42**	.11**	.17**	-.03	.17**	.36**	.20**	.47**	.29**	1							
SEL	.24**	.28**	.25**	.17**	.18**	.21**	.33**	.38**	.49**	.36**	.33**	1						
WIR	.29**	.24**	.22**	.20**	.14**	.30**	.33**	.24**	.37**	.34**	.25**	.67**	1					
EXT	.05	.11**	.01	.15**	.01	.31**	.31**	.04	.08**	.25**	.14**	.20**	.30**	1				
VER	.11**	.07**	.02	.07**	.12**	.12**	.07**	.06**	.10**	.16**	.07**	.22**	.22**	.10**	1			
GEW	.17**	.05	.12**	.10**	.06*	.10**	.09**	.10**	.07**	.12**	-.00	.20**	.31**	.13**	.28**	1		
EMO	.18**	.25**	.17**	.21**	.01	.24**	.25**	.17**	.33**	.38**	.29	.47**	.57**	.31**	.35**	.21**	1	
KUL	.20**	.07**	.01	.07*	.02	.20**	.26**	.08**	.07**	.08**	.11	.20**	.34**	.27**	.20**	.25**	.23**	1

\*\*\*= p ≤ .001 hochsignifikant, \*\*= p ≤ .01 sehr signifikant, \*= p ≤ .05 signifikant

BIL	= Bildungsabschluss	STI	= Absenz von Stigmatisierung
ARB	= Arbeitsintegration	GES	= Gesundheitszustand
PEI	= Persönliches Einkommen	SEL	= Selbstbestimmung
HEI	= Haushaltseinkommen	WIR	= Selbstwirksamkeit
WOH	= Wohnraum	EXT	= Extraversion
SOZ	= Soziale Kontakte	VER	= Verträglichkeit
FRE	= Freizeit	GEW	= Gewissenhaftigkeit
MOB	= Mobilität	EMO	= Emotionale Stabilität
HIL	= Unabhängigkeit von Hilfe	Kul	= Kultur

Tab. 70: Interkorrelationen der Kriterienvariablen Lebenszufriedenheit, Psychische Gesundheit und Selbstwert

	LEB	PSY	SEL
Lebenszufriedenheit			
LEB	1		
Psychische Gesundheit			
PSY	.73**	1	
Selbstwert			
SEL	.67**	.59**	1
***	= $p \leq .001$ hochsignifikant		
**	= $p \leq .01$ sehr signifikant		
*	= $p \leq .05$ signifikant		

### 8.3 Resultate zur dritten Bedingung

#### 8.3.1 Mediationsmodell Lebenszufriedenheit

Tab. 71: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Bildung / Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Lebenszufriedenheit Bildung	.05***	.22	8.19	.000
2	Lebenszufriedenheit Bildung Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Akzeptieren Humor Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Ablenkung 1 Ablenkung 2 Verleugnung Abreaktion Resignation	.25***	.13 .02 -.08 .16 -.10 .14 .06 .00 .02 -.05 -.18 -.09 -.35	5.18 .72 -2.16 5.08 -3.64 5.52 1.87 .24 .59 -1.94 -6.97 -3.43 -13.56	.000 .470 .030 .000 .000 .063 .810 .557 .053 .000 .001 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant



Tab. 72: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Arbeitsintegration / Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Lebenszufriedenheit Arbeitsintegration	.14***	.37	14.30	.000
2	Lebenszufriedenheit Arbeitsintegration Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Akzeptieren Humor Religion Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Ablenkung 2 Verleugnung Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.24***	.26 .04 -.03 .13 -.06 .11 .03 .03 -.04 .00 -.12 -.19 -.25 -.14	10.94 1.44 -1.03 4.35 -2.02 4.63 1.21 1.18 -1.29 .06 -4.70 -7.85 -9.90 -5.49	.000 .151 .302 .000 .044 .000 .225 .238 .199 .951 .000 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 73: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Persönliches Einkommen / Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Lebenszufriedenheit Persönliches Einkommen	.03***	.17	5.94	.000
2	Lebenszufriedenheit Persönliches Einkommen Religion Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Ablenkung 2 Verleugnung Abreaktion Resignation Selbstbeschuldigung	.25***	.08 -.01 .06 -.00 -.01 -.16 -.04 -.37 -.10	3.13 -.20 1.86 -.07 -.37 -6.12 -1.45 -13.95 -3.70	.002 .843 .064 .944 .713 .000 .146 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 74: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Haushaltseinkommen / Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Lebenszufriedenheit Haushaltseinkommen	.08***	.28	10.01	.000
2	Lebenszufriedenheit Haushaltseinkommen Religion Emot. Unterstützung Verleugnung Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.25***	.18 -.02 .01 -.09 -.25 -.29 -.09	7.37 -.09 .33 -3.73 -9.90 -11.15 -3.38	.000 .931 .744 .000 .000 .000 .001

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 75: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Wohnraum / Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Lebenszufriedenheit Wohnraum	.01**	.07	2.70	.007
2	Lebenszufriedenheit Wohnraum Umdeuten Akzeptieren Religion Instru. Unterstützung Ablenkung 1 Resignation	.22***	.04 .16 -.09 -.06 -.30 -.01 -.43	1.82 5.67 -3.10 -2.29 -1.15 -.49 -18.03	.069 .000 .002 .022 .251 .623 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 76: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Soziale Kontakte / Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Lebenszufriedenheit Soziale Kontakte	.11***	.33	11.88	.000
2	Lebenszufriedenheit Soziale Kontakte Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Akzeptieren Humor Religion Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Verleugnung Drogen Resignation	.25***	.21 .01 -.05 .11 -.06 .12 -.02 .01 -.04 -.16 -.23 -.26	8.52 .32 -.14 3.49 -2.20 4.56 -.84 .32 -1.10 -5.98 -9.40 -10.00	.000 .752 .153 .001 .028 .000 .404 .749 .270 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant  
 \*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant  
 \* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 77: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Freizeit / Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Lebenszufriedenheit Freizeit	.19***	.43	17.88	.000
2	Lebenszufriedenheit Freizeit Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Humor Verleugnung Drogen Resignation	.22***	.32 .02 -.11 .11 .08 -.14 -.23 -.27	14.55 .72 -3.78 4.18 3.38 -6.00 -10.44 -11.71	.000 .470 .000 .000 .001 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant  
 \*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant  
 \* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 78: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Mobilität / Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Lebenszufriedenheit Mobilität	.04***	.20	7.43	.000
2	Lebenszufriedenheit Mobilität Religion Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Ablenkung 2 Verleugnung Abreaktion Drogen Resignation	.27***	.12 .00 .05 -.00 .02 -.12 -.09 -.24 -.33	4.91 .14 1.70 -.09 .79 -4.64 -3.28 -9.93 -12.71	.000 .888 .088 .933 .428 .000 .001 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 79: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Unabhängigkeit von Hilfe / Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Lebenszufriedenheit Unabhängigkeit von Hilfe	.17***	.41	15.4	.000
2	Lebenszufriedenheit Unabhängigkeit von Hilfe Aktives Bewältigen Akzeptieren Humor Religion Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Ablenkung 2 Verleugnung Abreaktion Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.23***	.29 .05 -.04 .12 .03 .10 .02 -.03 -.12 -.04 -.20 -.24 -.11	11.41 1.99 -1.38 4.78 1.11 3.13 .71 -1.17 -4.74 -1.41 -8.13 -9.00 -4.42	.000 .047 .167 .000 .268 .002 .481 .244 .000 .158 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 80: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Absenz von Stigmatisierung / Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Lebenszufriedenheit Absenz von Stigmatisierung	.20***	.45	17.82	.000
2	Lebenszufriedenheit Absenz von Stigmatisierung Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Akzeptieren Religion Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Ablenkung 1 Ablenkung 2 Verleugnung Abreaktion Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.18***	.28 .03 .01 .14 -.06 -.01 .03 .02 .06 -.01 -.11 -.05 -.18 -.25 -.08	11.34 .88 .22 4.47 -2.24 -.24 .92 .60 2.44 -.57 -4.25 -1.72 -7.32 -9.72 -2.96	.000 .380 .828 .000 .025 .807 .356 .544 .015 .567 .000 .085 .000 .000 .003

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 81: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Gesundheitszustand / Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Lebenszufriedenheit Gesundheitszustand	.17***	.41	16.28	.000
2	Lebenszufriedenheit Gesundheitszustand Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Akzeptieren Humor Religion Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Ablenkung 1 Ablenkung 2 Verleugnung Abreaktion Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.23***	.26 .05 -.04 .115 -.03 .12 .01 .06 -.02 .04 -.02 -.12 -.06 -.18 -.25 -.12	10.89 1.67 -1.14 3.79 -1.14 5.09 .44 2.11 -.72 1.58 -.64 -4.64 -2.18 -7.55 -9.98 -4.54	.000 .094 .253 .000 .253 .000 .663 .035 .468 .115 .52 .000 .029 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 82: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Selbstbestimmung / Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Lebenszufriedenheit Selbstbestimmung	.36***	.60	27.54	.000
2	Lebenszufriedenheit Selbstbestimmung Aktives Bewältigen Umdeuten Humor Religion Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Verleugnung Abreaktion Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.13***	.46 -.02 .03 .09 .02 .08 .04 -.09 -.01 -.16 -.19 -.11	20.14 - .68 1.16 4.39 1.00 3.06 1.50 -3.93 -.32 -7.67 -8.10 -4.79	.000 .497 .246 .000 .317 .002 .134 .000 .748 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 83: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Selbstwirksamkeit / Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Lebenszufriedenheit Selbstwirksamkeit	.33***	.58	25.44	.000
2	Lebenszufriedenheit Selbstwirksamkeit Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Akzeptieren Humor Religion Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Verleugnung Abreaktion Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.13***	.42 .01 -.07 .09 -.08 .09 .01 .05 .04 -.11 .01 -.17 -.19 -.07	17.50 .49 -2.14 3.07 -3.09 4.07 .62 1.80 1.25 -4.93 .30 -7.91 -7.97 -2.88	.000 .621 .032 .002 .002 .000 .533 .073 .211 .000 .763 .000 .000 .004

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 84: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Extraversion / Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Lebenszufriedenheit Extraversion	.11***	.34	12.44	.000
2	Lebenszufriedenheit Extraversion Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Humor Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Verleugnung Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.25***	.20 .01 -.03 .10 .11 .01 -.02 -.14 -.20 -.26 -.13	8.08 .21 -.83 3.40 4.42 .31 -.73 -5.47 -8.19 -10.12 -4.77	.000 .832 .402 .001 .000 .754 .463 .000 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 85: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Verträglichkeit / Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Lebenszufriedenheit Verträglichkeit	.05***	.22	7.84	.000
2	Lebenszufriedenheit Verträglichkeit Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Akzeptieren Humor Religion Verleugnung Abreaktion Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.29***	.09 .04 -.02 .13 -.07 .13 -.02 -.13 -.03 -.21 -.27 -.14	3.47 1.18 -.52 4.11 -2.38 4.87 -.68 -5.09 -1.12 -8.18 -10.06 -4.97	.000 .237 .603 .000 .018 .000 .400 .000 .261 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 86: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Gewissenhaftigkeit / Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Lebenszufriedenheit Gewissenhaftigkeit	.02***	.16	5.48	.000
2	Lebenszufriedenheit Gewissenhaftigkeit Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Akzeptieren Humor Verleugnung Abreaktion Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.31***	.08 .03 -.02 .13 -.06 .14 -.13 -.04 -.21 -.27 -.14	3.20 .92 -.66 4.21 -2.15 5.46 -4.85 -1.65 -8.55 -10.11 -5.18	.000 .360 .510 .000 .032 .000 .000 .099 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 87: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Emotionale Stabilität / Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Lebenszufriedenheit Emotionale Stabilität	.30***	.55	22.89	.000
2	Lebenszufriedenheit Emotionale Stabilität Aktives Bewältigen Umdeuten Humor Religion Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Ablenkung 1 Ablenkung 2 Verleugnung Abreaktion Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.13***	.37 -.03 .05 .09 .01 .06 .03 .04 -.01 -.11 -.02 -.17 -.22 -.05	14.07 -1.23 1.94 3.62 .34 2.01 1.02 1.76 -.34 -4.50 -.91 -7.18 -8.76 -1.70	.000 .218 .053 .000 .732 .044 .309 .079 .734 .000 .365 .000 .000 .089

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant



Tab. 88: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Kultur / Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Lebenszufriedenheit Kultur	.06***	.25	8.88	.000
2	Lebenszufriedenheit Kultur Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Akzeptieren Humor Religion Ablenkung 1 Verleugnung Drogen Resignation	.27***	.16 -.01 -.06 .14 -.01 .10 -.02 .03 -.16 -.23 -.30	6.58 -.23 -1.90 4.39 -2.45 3.89 -.65 1.22 -6.15 -9.30 -11.87	.000 .822 .072 .000 .014 .000 .520 .220 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

### 8.3.2 Mediationsmodell Psychische Gesundheit

Tab. 89: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Bildung / Abhängige Variable: Psychische Gesundheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Psychische Gesundheit Bildung	.02***	.15	5.53	.000
2	Psychische Gesundheit Bildung Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Akzeptieren Humor Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Ablenkung 1 Ablenkung 2 Verleugnung Abreaktion Resignation	.30***	.07 .03 -.06 .08 -.14 .09 .01 -.01 -.02 -.08 -.25 -.14 -.29	2.74 .86 -1.76 2.38 -4.95 3.77 .24 -.18 -.72 -3.14 -9.83 -5.26 -11.55	.006 .389 .078 .017 .000 .000 .813 .858 .472 .002 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 90: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Arbeitsintegration / Abhängige Variable: Psychische Gesundheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Psychische Gesundheit Arbeitsintegration	.16***	.40	15.44	.000
2	Psychische Gesundheit Arbeitsintegration Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Akzeptieren Humor Religion Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Ablenkung 2 Verleugnung Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.27***	.25 .03 -.01 .07 -.08 .05 -.08 -.01 -.02 -.04 -.17 -.19 -.21 -.18	11.17 1.01 -.30 2.30 -3.20 2.24 -3.42 -.35 -.67 -1.64 -6.86 -8.50 -8.65 -7.12	.000 .313 .767 .022 .001 .026 .001 .730 .505 .102 .000 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 91: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Persönliches Einkommen / Abhängige Variable: Psychische Gesundheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Psychische Gesundheit Persönliches Einkommen	.02***	.16	5.58	.000
2	Psychische Gesundheit Persönliches Einkommen Religion Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Ablenkung 2 Verleugnung Abreaktion Resignation Selbstbeschuldigung	.32***	.05 -.10 .01 -.02 -.04 -.21 -.10 -.28 -.17	2.20 -4.22 .18 -.61 -1.62 -8.24 -3.79 -11.09 -6.50	.028 .000 .859 .540 .105 .000 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 92: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Haushaltseinkommen / Abhängige Variable: Psychische Gesundheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Psychische Gesundheit Haushaltseinkommen	.06***	.24	8.51	.000
2	Psychische Gesundheit Haushaltseinkommen Religion Emot. Unterstützung Verleugnung Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.33***	.13 -.10 -.05 -.18 -.23 -.24 -.16	5.67 -4.05 -2.18 -7.33 -9.58 -9.72 -6.36	.000 .000 .030 .000 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 93: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Soziale Kontakte / Abhängige Variable: Psychische Gesundheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Psychische Gesundheit Soziale Kontakte	.08***	.28	9.98	.000
2	Psychische Gesundheit Soziale Kontakte Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Akzeptieren Humor Religion Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Verleugnung Drogen Resignation	.31***	.20 -.03 -.02 .05 -.09 .06 -.10 -.05 -.03 -.22 -.24 -.24	8.23 -1.04 -.65 1.62 -3.35 2.21 -4.02 -1.63 -1.02 -8.45 -9.85 -9.11	.000 .301 .517 .106 .001 .027 .000 .103 .308 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant  
 \*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant  
 \* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 94: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Freizeit / Abhängige Variable: Psychische Gesundheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Psychische Gesundheit Freizeit	.16***	.37	15.96	.000
2	Psychische Gesundheit Freizeit Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Humor Verleugnung Drogen Resignation	.25***	.29 -.04 -.12 .01 .04 -.20 -.23 -.25	13.32 -1.60 -3.88 .31 1.72 -8.56 -10.69 -10.82	.000 .111 .000 .758 .086 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant  
 \*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant  
 \* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 95: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Mobilität / Abhängige Variable: Psychische Gesundheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Psychische Gesundheit Mobilität	.04***	.21	7.64	.000
2	Psychische Gesundheit Mobilität Religion Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Ablenkung 2 Verleugnung Abreaktion Drogen Resignation	.33***	.10 -.09 .01 -.02 -.04 -.20 -.12 -.24 -.27	4.30 -4.03 .20 -.77 -1.66 -7.97 -4.65 -10.26 -10.89	.000 .000 .842 .440 .098 .000 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 96: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Unabhängigkeit von Hilfe / Abhängige Variable: Psychische Gesundheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Psychische Gesundheit Unabhängigkeit von Hilfe	.18***	.43	16.17	.000
2	Psychische Gesundheit Unabhängigkeit von Hilfe Aktives Bewältigen Akzeptieren Humor Religion Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Ablenkung 2 Verleugnung Abreaktion Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.26***	.28 .02 -.07 .05 -.07 .02 .04 -.06 -.18 -.04 -.19 -.18 -.17	11.52 .82 -2.61 2.31 -3.00 .68 1.47 -2.60 -7.23 -1.64 -7.93 -7.25 -6.65	.000 .410 .009 .021 .003 .498 .141 .009 .000 .100 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 97: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Abwesenheit von Stigmatisierung / Abhängige Variable: Psychische Gesundheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Psychische Gesundheit Abwesenheit von Stigmatisierung	.21***	.46	18.13	.000
2	Psychische Gesundheit Abwesenheit von Stigmatisierung Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Akzeptieren Religion Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Ablenkung 1 Ablenkung 2 Verleugnung Abreaktion Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.22***	.25 .02 .02 .06 -.08 -.10 -.01 .03 .02 -.05 -.15 -.08 -.18 -.21 -.13	10.09 .74 .74 2.07 -2.96 -4.21 -.38 1.14 .99 -2.09 -6.17 -3.03 -7.45 -8.15 -4.89	.000 .461 .459 .039 .003 .000 .704 .256 .321 .037 .000 .003 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 98: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Gesundheitszustand / Abhängige Variable: Psychische Gesundheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Psychische Gesundheit Gesundheitszustand	.26***	.51	21.38	.000
2	Psychische Gesundheit Gesundheitszustand Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Akzeptieren Humor Religion Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Ablenkung 1 Ablenkung 2 Verleugnung Abreaktion Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.22***	.34 .05 -.01 .04 -.04 .06 -.07 .01 .00 .00 -.05 -.15 -.08 -.16 -.17 -.17	15.52 1.63 -.32 1.50 -1.44 2.61 -3.36 .33 .06 .19 -2.06 -6.20 -3.47 -7.22 -7.35 -6.82	.000 .103 .751 .135 .149 .009 .001 .743 .950 .847 .040 .000 .001 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 99: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Selbstbestimmung / Abhängige Variable:  
Psychische Gesundheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Psychische Gesundheit Selbstbestimmung	.28***	.53	22.84	.000
2	Psychische Gesundheit Selbstbestimmung Aktives Bewältigen Umdeuten Humor Religion Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Verleugnung Abreaktion Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.19***	.35 -.03 -.03 .05 -.08 .03 .02 -.16 -.04 -.17 -.15 -.17	14.86 -1.13 -1.18 2.06 -3.69 1.17 .87 -6.93 -1.79 -7.89 -6.58 -7.12	.000 .257 .240 .040 .000 .241 .384 .000 .074 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 100: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Selbstwirksamkeit / Abhängige Variable:  
Psychische Gesundheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Psychische Gesundheit Selbstwirksamkeit	.24***	.49	20.23	.000
2	Psychische Gesundheit Selbstwirksamkeit Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Akzeptieren Humor Religion Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Verleugnung Abreaktion Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.21***	.31 .01 -.04 .02 -.10 .05 -.08 .00 .03 -.18 -.03 -.18 -.16 -.14	12.49 .25 -1.10 .52 -3.77 2.12 -3.73 -.01 .90 -7.49 -1.26 -7.87 -6.48 -5.63	.000 .802 .270 .604 .000 .034 .000 .990 .370 .000 .209 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 101: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Extraversion / Abhängige Variable: Psychische Gesundheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Psychische Gesundheit Extraversion	.08***	.29	10.41	.000
2	Psychische Gesundheit Extraversion Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Humor Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Verleugnung Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.31***	.17 -.03 -.02 .00 .06 -.06 -.03 -.20 -.22 -.22 -.17	7.18 -1.02 -.53 .11 2.28 -1.85 -1.03 -8.05 -8.94 -8.79 -6.40	.000 .310 .596 .916 .023 .064 .305 .000 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant  
 \*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant  
 \* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 102: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Verträglichkeit / Abhängige Variable: Psychische Gesundheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Psychische Gesundheit Verträglichkeit	.03***	.17	5.90	.000
2	Psychische Gesundheit Verträglichkeit Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Akzeptieren Humor Religion Verleugnung Abreaktion Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.34***	.06 .02 -.00 .05 -.10 .07 -.10 -.19 -.06 -.21 -.23 -.17	2.46 .50 -.07 1.46 -3.36 2.81 -3.98 -7.52 -2.30 -8.67 -8.64 -6.34	.000 .619 .943 .144 .001 .005 .000 .000 .022 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant  
 \*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant  
 \* =  $p \leq .05$  signifikant



Tab. 103: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Gewissenhaftigkeit / Abhängige Variable: Psychische Gesundheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Psychische Gesundheit Gewissenhaftigkeit	.02***	.13	4.48	.000
2	Psychische Gesundheit Gewissenhaftigkeit Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Akzeptieren Humor Verleugnung Abreaktion Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.35***	.13 .01 -.01 .03 -.10 .09 -.19 -.08 -.22 -.23 -.18	4.48 .26 -.36 .98 -3.48 3.62 -7.58 -3.00 -8.93 -8.73 -6.58	.000 .793 .722 .330 .001 .000 .000 .003 .000 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant  
 \*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant  
 \* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 104: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Emotionale Stabilität / Abhängige Variable: Psychische Gesundheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Psychische Gesundheit Emotionale Stabilität	.30***	.55	22.69	.000
2	Psychische Gesundheit Emotionale Stabilität Aktives Bewältigen Umdeuten Humor Religion Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Ablenkung 1 Ablenkung 2 Verleugnung Abreaktion Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.15***	.35 -.03 -.02 .03 -.08 .00 .02 .00 -.05 -.16 -.04 -.17 -.17 -.09	13.24 -1.13 -.53 1.33 -3.42 .10 .82 .01 -2.01 -6.42 -1.40 -7.36 -6.84 -3.30	.000 .260 .595 .184 .001 .922 .415 .992 .045 .000 .161 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant  
 \*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant  
 \* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 105: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Kultur / Abhängige Variable: Psychische Gesundheit / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Psychische Gesundheit Kultur	.02***	.13	4.55	.000
2	Psychische Gesundheit Kultur Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Akzeptieren Humor Religion Ablenkung 1 Verleugnung Drogen Resignation	.32***	.13 -.02 -.06 .06 -.10 .05 -.11 -.01 -.22 -.24 -.28	3.29 -.46 -1.70 1.75 -3.53 1.95 -4.18 -1.92 -8.49 -9.75 -11.01	.000 .645 .090 .080 .000 .052 .000 .848 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

### 8.3.3 Mediationsmodell Selbstwert

Tab. 106: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Bildung / Abhängige Variable: Selbstwert /  
Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Selbstwert Bildung	.05***	.23	8.44	.000
2	Selbstwert Bildung Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Akzeptieren Humor Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Ablenkung 1 Ablenkung 2 Verleugnung Abreaktion Resignation	.20***	.13 .06 -.04 .10 -.02 .17 .01 -.05 .02 -.04 -.16 -.12 -.28	4.90 1.78 -1.08 2.97 -.80 6.48 .43 -1.40 .63 -1.26 -5.78 -4.21 -10.38	.000 .075 .280 .003 .422 .000 .671 .161 .527 .210 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 107: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Arbeitsintegration / Abhängige Variable:  
Selbstwert / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Selbstwert Arbeitsintegration	.11***	.33	12.41	.000
2	Selbstwert Arbeitsintegration Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Akzeptieren Humor Religion Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Ablenkung 2 Verleugnung Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.21***	.23 .08 -.00 .09 .02 .13 -.01 .00 -.09 .00 -.09 -.12 -.21 -.19	9.30 2.64 -.02 2.75 .73 5.06 -.22 .06 -2.77 .19 -3.52 -4.92 -7.76 -6.95	.000 .008 .986 .006 .467 .000 .823 .951 .006 .849 .000 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 108: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Persönliches Einkommen / Abhängige Variable: Selbstwert / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Selbstwert Persönliches Einkommen	.03***	.17	6.06	.000
2	Selbstwert Persönliches Einkommen Religion Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Ablenkung 2 Verleugnung Abreaktion Resignation Selbstbeschuldigung	.20***	.09 -.00 .01 -.03 .03 -.14 -.05 -.32 -.12	3.31 -1.10 .16 -.89 1.10 -4.84 -1.64 -11.60 -4.33	.001 .922 .873 .375 .270 .000 .102 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 109: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Haushaltseinkommen / Abhängige Variable: Selbstwert / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Selbstwert Haushaltseinkommen	.05***	.23	7.91	.000
2	Selbstwert Haushaltseinkommen Religion Emot. Unterstützung Verleugnung Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.21***	.13 -.01 -.03 -.08 -.18 -.29 -.11	5.08 -.41 -1.05 -3.06 -6.76 -10.38 -4.07	.000 .681 .293 .002 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 110: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Wohnraum / Abhängige Variable: Selbstwert / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Selbstwert Wohnraum	.01**	.08	3.02	.003
2	Selbstwert Wohnraum Umdeuten Akzeptieren Religion Instru. Unterstützung Ablenkung 1 Resignation	.17***	.04 .13 .02 -.07 -.10 .01 -.37	1.77 4.40 .81 -2.80 -3.97 .50 -14.99	.077 .000 .417 .005 .000 .617 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant  
 \*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant  
 \* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 111: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Soziale Kontakte / Abhängige Variable: Selbstwert / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Selbstwert Soziale Kontakte	.09***	.29	10.47	.000
2	Selbstwert Soziale Kontakte Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Akzeptieren Humor Religion Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Verleugnung Drogen Resignation	.20***	.19 .03 -.02 .08 .02 .12 -.03 -.02 -.11 -.14 -.18 -.23	7.38 .82 -.50 2.23 .78 4.56 -1.18 -.45 -3.19 -5.07 -6.85 -8.12	.000 .413 .618 .026 .437 .000 .238 .650 .001 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant  
 \*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant  
 \* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 112: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Freizeit / Abhängige Variable: Selbstwert /  
Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Selbstwert Freizeit	.16***	.39	15.86	.000
2	Selbstwert Freizeit Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Humor Verleugnung Drogen Resignation	.16***	.28 .05 -.10 .10 .10 -.13 -.16 -.25	11.96 1.73 -3.26 3.22 3.97 -5.12 -6.88 -9.96	.000 .084 .001 .001 .000 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 113: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Mobilität / Abhängige Variable: Selbstwert / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Selbstwert Mobilität	.06***	.25	9.32	.000
2	Selbstwert Mobilität Religion Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Ablenkung 2 Verleugnung Abreaktion Drogen Resignation	.19***	.17 -.00 .05 -.07 .04 -.10 -.07 -.18 -.28	6.91 -.05 1.54 -2.12 1.32 -3.72 -2.42 -6.93 -10.40	.000 .963 .124 .034 .186 .000 .016 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 114: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Unabhängigkeit von Hilfe / Abhängige Variable: Selbstwert / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Selbstwert Unabhängigkeit von Hilfe	.15***	.39	14.28	.000
2	Selbstwert Unabhängigkeit von Hilfe Aktives Bewältigen Akzeptieren Humor Religion Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Ablenkung 2 Verleugnung Abreaktion Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.19***	.26 .08 .06 .14 .00 .04 -.00 -.04 -.10 -.06 -.13 -.20 -.16	9.96 2.73 1.95 5.44 .10 1.16 -.13 -1.52 -3.86 -1.99 -4.90 -7.16 -5.63	.000 .006 .051 .000 .919 .245 .896 .130 .000 .047 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 115: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Absenz von Stigmatisierung / Abhängige Variable: Selbstwert / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Selbstwert Absenz von Stigmatisierung	.18***	.43	16.52	.000
2	Selbstwert Absenz von Stigmatisierung Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Akzeptieren Religion Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Ablenkung 1 Ablenkung 2 Verleugnung Abreaktion Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.15***	.28 .04 .06 .11 .03 -.03 -.03 -.02 .06 .01 -.08 -.07 -.11 -.19 -.14	10.76 1.06 1.61 3.46 .93 -1.12 -.87 -.68 2.27 .45 -3.11 -2.36 -4.48 -6.90 -5.13	.000 .289 .107 .001 .352 .265 .384 .495 .023 .649 .002 .018 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 116: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Gesundheitszustand / Abhängige Variable: Selbstwert / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Selbstwert Gesundheitszustand	.14***	.37	14.16	.000
2	Selbstwert Gesundheitszustand Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Akzeptieren Humor Religion Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Ablenkung 1 Ablenkung 2 Verleugnung Abreaktion Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.20***	.24 .08 .01 .08 .03 .14 -.02 .02 -.06 .04 -.01 -.09 -.08 -.11 -.19 -.17	9.57 2.48 .19 2.47 1.11 5.47 -.59 .76 -1.77 1.60 -.42 -3.50 -2.81 -4.37 -7.09 -6.27	.000 .013 .847 .014 .267 .000 .556 .448 .076 .110 .673 .000 .005 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 117: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Selbstbestimmung / Abhängige Variable: Selbstwert / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Selbstwert Selbstbestimmung	.38***	.62	28.85	.000
2	Selbstwert Selbstbestimmung Aktives Bewältigen Umdeuten Humor Religion Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Verleugnung Abreaktion Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.08***	.50 .04 .02 .10 .01 .07 -.01 -.06 -.02 -.09 -.13 -.15	21.06 1.77 .93 4.75 .65 2.59 -.51 -2.59 -.73 -4.14 -5.40 -6.42	.000 .076 .353 .000 .516 .010 .610 .010 .468 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant



Tab. 118: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Selbstwirksamkeit / Abhängige Variable: Selbstwert / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Selbstwert Selbstwirksamkeit	.45***	.67	32.64	.000
2	Selbstwert Selbstwirksamkeit Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Akzeptieren Humor Religion Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Verleugnung Abreaktion Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.06***	.56 .04 -.05 .03 .00 .09 -.01 .02 .00 -.08 .02 -.08 -.10 -.11	24.35 1.54 -1.72 1.26 .06 4.07 -.24 .74 .03 -3.73 .76 -3.99 -4.44 -4.73	.000 .123 .085 .209 .940 .000 .812 .462 .975 .000 .447 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 119: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Extraversion / Abhängige Variable: Selbstwert / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Selbstwert Extraversion	.07***	.27	9.79	.000
2	Selbstwert Extraversion Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Humor Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Verleugnung Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.23***	.15 .05 .01 .07 .13 -.03 -.08 -.12 -.16 -.22 -.18	5.72 1.71 .37 2.05 5.07 -.82 -2.43 -4.53 -6.12 -8.23 -6.32	.000 .088 .711 .041 .000 .411 .015 .000 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 120: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Verträglichkeit / Abhängige Variable: Selbstwert / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Selbstwert Verträglichkeit	.06***	.25	8.80	.000
2	Selbstwert Verträglichkeit Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Akzeptieren Humor Religion Verleugnung Abreaktion Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.24***	.12 .04 .00 .06 .02 .15 -.03 -.11 -.07 -.15 -.23 -.18	4.54 1.30 .08 1.94 .50 5.84 -1.20 -4.12 -2.41 -5.62 -8.34 -6.17	.000 .195 .940 .053 .620 .000 .231 .000 .016 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 121: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Gewissenhaftigkeit / Abhängige Variable: Selbstwert / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Selbstwert Gewissenhaftigkeit	.03***	.17	5.91	.000
2	Selbstwert Gewissenhaftigkeit Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Akzeptieren Humor Verleugnung Abreaktion Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.27***	.09 .04 -.01 .07 .01 .17 -.12 -.09 -.16 -.23 -.18	3.62 1.34 -.16 2.07 .35 6.48 -4.25 -3.26 -6.04 -8.33 -6.30	.000 .181 .875 .039 .724 .000 .000 .001 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 122: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Emotionale Stabilität / Abhängige Variable: Selbstwert / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Selbstwert Emotionale Stabilität	.31***	.55	22.94	.000
2	Selbstwert Emotionale Stabilität Aktives Bewältigen Umdeuten Humor Religion Emot. Unterstützung Instru. Unterstützung Ablenkung 1 Ablenkung 2 Verleugnung Abreaktion Drogen Resignation Selbstbeschuldigung	.09***	.38 .03 .03 .11 .00 .01 -.01 .07 .01 -.09 -.04 -.12 -.17 -.08	13.93 1.03 .90 4.30 .07 .20 -.20 2.67 .45 -3.54 -1.45 -4.78 -6.46 -3.00	.000 .303 .371 .000 .942 .845 .842 .008 .654 .000 .149 .000 .000 .003

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

Tab. 123: 3. Bedingung. Unabhängige Variable: Kultur / Abhängige Variable: Selbstwert / Potentielle Mediatoren: Copingskalen

Step	Variablen	Delta R <sup>2</sup>	Beta	T	P
1	Selbstwert Kultur	.08***	.28	10.20	.000
2	Selbstwert Kultur Aktives Bewältigen Planen Umdeuten Akzeptieren Humor Religion Ablenkung 1 Verleugnung Drogen Resignation	.21***	.20 -.02 -.06 .07 .01 .12 -.04 .04 -.14 -.18 -.29	8.00 -.45 -1.59 2.09 .17 4.62 -1.47 1.57 -5.18 -7.15 -10.83	.000 .656 .112 .037 .865 .000 .143 .117 .000 .000 .000

\*\*\* =  $p \leq .001$  hochsignifikant

\*\* =  $p \leq .01$  sehr signifikant

\* =  $p \leq .05$  signifikant

## **Lebenslauf**

### **Persönliche Daten**

Name und Adresse: Deringer Sabine  
Pflugstr. 10  
8006 Zürich

Geburtsdatum: 09.03.1967

### **Ausbildung**

1986 Matura Typus B

1987 - 1991 Physiotherapieschule Leukerbad

1995 - 2001 Studium Universität Zürich  
Hauptfach: Angewandte Psychologie  
1. Nebenfach: Psychopathologie  
2. Nebenfach: Pädagogik

1998 Akademische Berufsberatung des Kantons Zürich  
2000 Praktikum / Testassistentin

1999 Im Rahmen der Lizentiatsarbeit Teilzeitstelle in der  
Assessmentabteilung der Credit Suisse

### **Berufliche Tätigkeit**

Seit 02.2002 Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Dozentin  
Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz  
Departement Soziale Arbeit  
Institut Forschung und soziale Innovation  
Mitarbeit Nationalfondsprojekt 45  
„Menschen mit Behinderungen in der Schweiz:  
Die Lebenslage der Bezügerinnen und Bezüger von Leistungen  
der Schweizerischen Invalidenversicherung“  
Mitarbeit Nationalfondsprojekt „HIV-Schutzstrategien von  
heterosexuellen Männern. Eine theorievergleichende Untersuchung  
der Erklärungskraft sozialkognitiver Modelle unter Berücksichtigung  
der somatischen Kultur“

1992 - 2001 Tätigkeit als Physiotherapeutin und Dozentin an der Orthopä-  
dischen Universitätsklinik Balgrist, Schulthess Klinik, HMO  
Praxis Schmiede Wiedikon, Physiotherapieschule Universitätsspital Zürich



